UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1936-1937. — N° 9

LA PROSTATECTOMIE D'URGENCE POUR LES HÉMATURIES GRAVES DE L'ADÉNOME PROSTATIQUE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le vendredi 13 novembre 1936

PAR

René-Henry-Louis-Robert BOUQUET

Né à SAINT-MÉDARD-EN-JALLES (Gironde), le 4 Octobre 1908

Examinateurs de la Thèse :

MM. DUVERGEY, professeur ..... *Président*

PAPIN, professeur .....

MASSÉ, agrégé..... *Juges.*

DARGET, agrégé .....

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DELMAS

6, Place Saint-Christoly

1936

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1936-1937. — N° 9

LA PROSTATECTOMIE D'URGENCE POUR LES HÉMATURIES GRAVES DE L'ADÉNOME PROSTATIQUE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le vendredi 13 novembre 1936

PAR

René-Henry-Louis-Robert BOUQUET

Né à SAINT-MÉDARD-EN-JALLES (Gironde), le 4 Octobre 1908

Examinateurs de la Thèse

MM. DUVERGEY, professeur ..... *Président.*

PAPIN, professeur ..... } *Juges.*

MASSÉ, agrégé..... }

DARGET, agrégé ..... }

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DELMAS

6, Place Saint-Christoly

1936

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. MAURIAC.

ASSESSEUR : M. LABAT.

DOYEN HONORAIRE : M. C. SIGALAS.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, RIVIÈRE, BARTHE, DENIGÈS, BEILLE, CASSAËT, CHAVANNAZ, PACHON.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie	MANDOUL.
id.	DUPÉRIÉ.	Médecine expérimentale	AUBERTIN.
Clinique chirurgicale	BÉGOUIN.	Clinique ophtalmologique	TEULIÈRES.
Clinique chirurgicale et gynécologique	GUYOT.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie	ROCHER.
Pathologie et thérapeutique générales	CARLES.	Clinique méd. des maladies des enfants	CRUCHET.
Clinique d'accouchements	ANDÉRODIAS.	Chimie biologique et médicale	DELAUNAY
Anatomie pathol. et microscopie clinique	SABRAZÈS.	Physique médicale et pharmaceutique	C. SIGALAS.
Anatomie	VILLEMIN.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques	BONNIN.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires	DUVERGEY
Médecine légale et déontologie	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Chimie	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Botanique et matière médicale	GOLSE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie	CREYX.
Pharmacie	DUPOUY.	Clinique dentaire	DUBECQ.

MM. LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales). PAPIN (Chirurgie générale). R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie	N.	Chirurgie générale	MASSÉ.
id.	DUFOUR.	id.	DARGET.
Physiologie	FABRE.	Obstétrique	RIVIÈRE.
Médecine générale	PIÉCHAUD.	Ophtalmologie	BEAUVIEUX.
id.	DELMAS-MARSALET.	Oto-rhino-laryngologie	DESPONS.
id.	DE GRAILLY.	Dermatologie et syphiligraphie	JOULIA.
id.	FONTAN.	Physique médicale	WANGERMEZ.
id.	BROUSTET.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie	VITTE
id.	DERVILLÉE.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Physiologie	FABRE.	Physique médicale et pharmaceutique	WANGERMEZ
Médecine opératoire	PAPIN.	Médecine légale	DERVILLÉE.
Accouchements	RIVIÈRE.	Urologie	DARGET.
Pathologie médicale	DELMAS-MARSALET.	Botanique	GIRARD.
Puériculture	FAUGÈRE.	Bactériologie	MOUREAU.
Pharmacie chimique	VITTE.	Législation pharmaceutique	POPLAWSKI.
Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.		

Ophtalmologie ..... MM. CABANNES (en congé).

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. N.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A LA MEMOIRE DES MIENS

A MA FEMME

A MA PETITE NICOLE

A MA MERE

A MON PERE

A MA GRAND-MERE

A MES BEAUX-PARENTS

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES

DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX DE BORDEAUX

A Monsieur le Docteur H. DUVERGEY

En te remerciant de la bienveillance avec laquelle tu as bien voulu me donner d'utiles et nombreux conseils.

A MES JUGES

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur J. DUVERGEY

Professeur de Clinique des maladies des voies urinaires,
Chirurgien des Hôpitaux,
Correspondant national de l'Académie de Chirurgie,
Membre titulaire de la Société française d'Urologie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.

Qui nous inspira le sujet de notre thèse et nous fit l'honneur d'en accepter la présidence.

LA PROSTATECTOMIE D'URGENCE
POUR LES HÉMATURIES GRAVES DE L'ADÉNOME PROSTATIQUE

INTRODUCTION

Le traitement de l'adénome prostatique, depuis la vulgarisation de la méthode Fuller-Freyer, comprend les trois temps suivants :

— sonde à demeure;
— cystostomie;
— prostatectomie.

Il peut donc paraître paradoxal de parler de prostatectomie d'urgence. Cependant il existe, à côté d'hémorragies minimes de la prostate, d'autres hémorragies qui, par leur abondance et leur répétition, mettent la vie du malade en danger. Lorsque l'hémorragie persiste malgré les traitements ordinaires : évacuation vésicale, aspiration des caillots et désinfection, sonde à demeure, hémostatiques, seule la prostatectomie d'urgence peut alors sauver le malade. Si on tarde à intervenir ou si le malade refuse l'intervention, la mort peut suivre sans grand délai.

Dès 1896, Bazy, ayant fait une cystostomie, avait été

obligé, pour arrêter l'hémorragie, de « détruire à fer rouge la plus grande partie de la prostate ».

En 1902, Adenot, de Lyon, est lui aussi amené à enlever 25 grammes de glande.

En 1908, Escat se trouve en présence « d'une hémorragie continue très inquiétante, et j'énuclée aussi vite que possible la glande ».

En 1911, Michon, après échec des traitements médicaux de l'hématurie, décide d'intervenir et fait d'emblée une prostatectomie. Pasteau propose la taille sus-pubienne, suivie ou non de prostatectomie.

En 1917, Vintici fait une prostatectomie d'urgence pour hémorragies répétées. En 1924, Pasteau procède à l'énucléation d'emblée d'une masse adénomateuse de plus de 80 grammes.

Puis, en 1926, Marion (2 cas) et, les années suivantes, Vintici, Laroche, Aumont, Perrin, Noguès, Phelip, Blanchot, Tachot, Soria et enfin, tout dernièrement, 3 observations viennent d'être publiées par MM. Naggiar, Guérin, Penaud et H. Duvergey.

CHAPITRE PREMIER

LES HEMORRAGIES PROSTATIQUES AU COURS DE L'EVOLUTION DE L'ADENOME PROSTATIQUE

Les hémorragies en provenance de la région prostatique sont assez fréquentes et elles méritent d'être étudiées dans leur ensemble. Rares chez les jeunes, ces hémorragies se rencontrent surtout chez les sujets âgés.

Chez les sujets jeunes, la prostate saigne peu, et si, en cas de rétention aiguë, le cathétérisme détermine parfois des saignements notables, ils viennent pratiquement toujours d'une fausse route bulbaire; d'autre part, chez les tuberculeux, les hémorragies abondantes ont ordinairement pour origine non pas la prostate, mais la vessie ou les reins.

Chez les hommes âgés, au contraire, la prostate saigne beaucoup plus facilement et beaucoup plus fréquemment, qu'il s'agisse de cancer ou d'adénome simple.

L'adénome simple de la prostate, sans trace de néoplasie, saigne souvent. Nous pouvons dire qu'il saigne en général autant et plus même que le cancer, sous l'influence de la congestion. Et on peut même assurer que, parmi les maladies de la prostate, c'est dans l'adénome simple que l'on trouve le plus d'hémorragies.

L'étude des causes déterminantes du saignement prostatique nous montrera qu'il est provoqué dans la très grande majorité des cas. Cependant, il peut exister des hémorragies spontanées.

Les hémorragies prostatiques sont initiales ou terminales, ou initiales et terminales à la fois. Si le saignement est

peu abondant, il reste initial, n'existant qu'au début de la miction; s'il est plus grave, il devient urétro-vésical, avec prédominance initiale si l'origine est intra-urétrale, ou terminale si l'origine est intravésicale.

Plus rarement, le saignement peut se manifester sous la forme d'une urétrorragie; Albarran en a cité 1 cas; Marion en mentionne 2 cas dans l'*Encyclopédie française d'urologie* et nous en rapportons, dans l'observation XXIV, 1 cas de Naggiar.

Le sang est rutilant; il se forme des caillots qui peuvent provoquer soit des arrêts brusques du jet au cours de la miction ou du lavage par la sonde, soit une rétention complète.

Ces hémorragies apparaissent rarement dans la période de début de l'adénome prostatique, constituant alors le premier symptôme de cette affection.

Cependant, Loumeau, Pauchet et Marion (*Encyclopédie française d'urologie*) en citent quelques cas.

Bien plus fréquemment, ces hémorragies se produisent pendant les périodes de rétention, avec ou sans distension, lorsque se produit une poussée congestive des organes du petit bassin.

Lorsque le malade est en état de rétention aiguë, on peut vérifier la présence de l'hémorragie en effectuant un sondage. On amène alors avec la sonde un liquide sanguinolent sans que l'hémorragie soit due au sondage ou à l'évacuation trop brusque du liquide : elle date de quelque temps déjà. Il est à remarquer qu'au moment où la cystite se déclare, les hémorragies deviennent plus abondantes; cela est important, en effet, l'infection des urines apparaît bien alors comme un facteur d'aggravation de ces hémorragies prostatiques.

Chez les prostatiques, de nombreux points urinaires, influencés par les modifications de l'adénome prostatique, peuvent donner des hémorragies. Ainsi Escat, dans sa thèse, cite des cas d'hémorragies provoquées par des causes extra-prostatiques, telles que la pyélonéphrite ascendante, la dila-

tation, etc., et, chez un prostatique qui a succombé, l'autopsie lui a révélé des lésions extraprostatiques rénales assez importantes.

Nous allons étudier, dans le chapitre suivant, quels peuvent être les causes et les points de départ de ces hémorragies.

CHAPITRE II

ETIOLOGIE ET PATHOGENIE DES GRANDES HEMORRAGIES AU COURS DE L'ADENOME PROSTATIQUE

Les hémorragies d'origine prostatique ne sont pas la conséquence nécessaire de toutes les lésions de la prostate. Une même lésion peut ou non saigner. Les circonstances dans lesquelles ces hémorragies se produisent sont variables ainsi que leur origine et leur cause.

Infection. — L'infection peut être une cause d'hémorragie prostatique. A l'examen du malade, l'urétroscopie ne montre rien. Par contre, si on examine les urines, celles-ci, de claires qu'elles étaient, sont devenues troubles, et l'examen histo-bactériologique montre qu'elles sont infectées. Si le sondage peut, à lui seul, ainsi que nous le verrons plus loin, provoquer l'hémorragie, il semble bien que parfois l'hémorragie qui suit le sondage peut être provoquée par l'infection des urines. D'autre part, il n'est pas nécessaire qu'il y ait eu sondage pour qu'il y ait infection des urines, et il n'y a pas de doute alors pour que celle-ci soit seule à l'origine des hémorragies. Tant que le malade conserve des urines claires, aseptiques, il ne saigne pas; mais il suffit que les colibacilles ou autres agents septiques pullulent dans la vessie pour voir l'adénome prostatique saigner. Le mécanisme est, d'ailleurs, assez connu : le saignement s'explique par les modifications inflammatoires de la muqueuse de revêtement de la prostate.

Sondage. — Le cathétérisme de l'urètre, explorateur ou évacuateur, avec ou sans fausse route, est une cause fréquente d'hémorragie. Presque toujours, on peut dire que le saignement provient de la région bulbaire ou de la région

prostatique, soit par maladresse de l'opérateur, soit par les modifications du trajet de l'urètre apportées par le développement de l'adénome. Le saignement peut être provoqué par le plus petit contact, si bien que le degré de traumatisme peut ne pas correspondre à la gravité de l'hémorragie. La région qui saigne est la muqueuse de l'urètre prostatique, mais on est vraiment embarrassé pour faire la part de chaque point qui saigne; ce peut être la muqueuse urétrale, surtout dans le cas de certains rétrécissements, ce peut être également le verumontanum avec l'utricule prostatique, les canaux éjaculateurs et enfin la prostate.

L'intensité du saignement est plutôt en rapport avec l'état de congestion de la prostate et surtout le degré d'infection des urines. C'est ainsi, par exemple, que chez les adénomateux en état de congestion le moindre attouchement de la région prostatique de l'urètre suffit à amener du sang en quantité notable; le moindre arrêt de la sonde peut causer de l'hématurie; s'il s'agit d'une sonde molle, elle se replie dans le canal et multiplie les contacts, mais tout se réduit alors le plus souvent à un incident passager; par contre, la sonde en gomme demi-rigide (surtout si elle est mal conduite) et à plus forte raison les sondes métalliques rigides, les explorateurs ou les cystoscopes peuvent amener les plus gros ennuis quand la main qui les dirige n'a pas la souplesse et l'habitude nécessaires.

Si le sang vient à la suite d'un sondage et surtout pendant une tentative de cathétérisme, sans même qu'on ait pu introduire la sonde jusque dans la vessie, ou si on a l'impression que l'instrument est dans la vessie, par l'impossibilité d'injecter du liquide ou par l'évacuation irrégulière du peu de liquide injecté, on peut poser, en principe, que le saignement est déterminé par une éraillure ou une déchirure plus ou moins profonde de la muqueuse de l'urètre. Si le traumatisme a été plus considérable, la fausse route s'avance plus loin dans l'épaisseur de l'adénome et peut pénétrer profondément.

Ces saignements sont parfois très considérables en cas de congestion, quand la vessie est assez pleine et si on tente à nouveau le cathétérisme sans prendre la précaution nécessaire, c'est-à-dire sans se servir d'emblée du mandrin, la sonde s'introduit à nouveau dans la fausse route et le saignement continue ou reprend de plus belle.

L'hémorragie se reproduit toutes les fois que le malade essaie, dans la suite, à émettre de l'urine. Ici, c'est l'adénome prostatique qui saigne.

Ainsi, dans l'observation XXIV, Naggiar cite le cas où il existait « une véritable plaie perforante, qui traverse de part en part non seulement la muqueuse, mais le tissu glandulaire ». De même, dans l'observation XXV, Naggiar signale également 1 cas où il a trouvé qu' « au pied du lobe médian de l'adénome, le repli de la muqueuse qui le relie au lobe latéral gauche est déchiré sur une longueur de 2 centimètres, véritable plaie en gouttière qui se prolonge sur les versants endo-vésical et endo-urétral de l'adénome ».

Marion et Escat, dans l'*Encyclopédie française d'urologie*, citent les cas de deux malades chez lesquels ils furent obligés d'intervenir pour une abondante hématurie à la suite d'une fausse route.

A côté de ces grosses plaies, Naggiar cite 2 cas (obs. XXIII et XXVI) où il a trouvé une « véritable ulcération étalée de la muqueuse, de la dimension d'une pièce de 10 sous ».

Plusieurs auteurs : Soria, Blanchot, au Congrès français d'urologie de 1935, Vintici (obs. X), ont rapporté le cas d'ulcérations produites vraisemblablement par le frottement du tube sus-pubien après cystostomie.

Poussée congestive. — D'interprétation plus difficile est l'hémorragie qui survient après un simple sondage sans la moindre éraillure de la muqueuse. On a incriminé, avec raison du reste dans quelques cas, l'état congestif de la muqueuse prostatique, fait constaté d'ailleurs à l'urétroscopie. La congestion peut être quelquefois tellement accentuée qu'elle peut donner à la muqueuse un aspect poly-

poïde. On peut voir toute la région sillonnée de vaisseaux dilatés faisant saillie à la surface de la muqueuse.

Bazy a pu constater au cours d'une cystostomie le point de départ d'une hémorragie prostatique qui prenait naissance au niveau du col vésical turgescent soulevé par un adénome de la prostate. Si la région est congestionnée, elle devient rouge, turgescente, saignante. La muqueuse peut saigner en nappe ou même il s'agit quelquefois d'un véritable saignement d'un vaisseau volumineux, dilaté. Michon a été obligé d'intervenir d'urgence dans 2 cas d'hémorragie prostatique spontanée au cours d'un adénome prostatique, enlevant la prostate dans les 2 cas; l'hémorragie venait bien de la muqueuse recouvrant les lobes prostatiques.

D'autre part, les modifications des vaisseaux prostatiques expliquent qu'ils puissent donner lieu à des hémorragies. Motz, examinant des prostates dans lesquelles existaient des foyers hémorragiques, ouverts ou non dans la vessie, a constaté que dans le stroma conjonctivo-vasculaire existait une énorme quantité de capillaires néoformés, dilatés, remplis de sang; les parois de ces capillaires étaient en partie détruites.

Escat (obs. III) et Perrin (obs. XIV) trouvent des prostates congestionnées. Vintici (obs. XII) est obligé d'intervenir d'urgence et trouve une prostate ne présentant « que la congestion de la muqueuse urétrale et vésicale; on n'observe en aucun point de lésion nette pouvant avoir donné lieu à cette hémorragie considérable ».

Hématuries spontanées. — Ce sont toutes les hémorragies survenues brusquement, sans cause traumatique d'aucune sorte, telle que sondage, en dehors de toute tumeur bénigne ou maligne de la vessie ou de la prostate, de tout cancer urétral, de tout calcul, où il n'existait ni vaisseau dilaté, ni ulcération sur la prostate. Mais on a simplement constaté, sans rupture des vaisseaux, des points rouges très congestionnés sur la partie postérieure de la muqueuse recouvrant la surface prostatique intravésicale.

C'est par un phénomène de transsudation que l'on peut expliquer ces hémorragies (Marion), et leur arrêt définitif à la suite de la prostatectomie constitue un argument en faveur de cette théorie.

Gayet, sur 400 observations de prostatiques, la plupart opérés (de façon à éliminer le plus possible toute erreur de diagnostic), a trouvé 25 cas d'hématurie spontanée, soit un peu plus de 6 p. 100.

Si Motz n'a trouvé que 2 cas de néoformation angiomateuse avec rupture de parois capillaires et production de suffusions sanguines dans le stroma, les examens cystoscopiques relatés, en particulier, par Nitze, Bruni, Jacoly, ont été des plus nets.

Pasteau, au Congrès français d'urologie de 1911, relate : « Au cystoscope, alors que la muqueuse est vue avec son aspect et sa couleur véritable sur le vivant, on constate qu'elle est plus ou moins rouge foncé, parfois lie de vin, parsemée de veinules ramifiées ou de veines saillantes. Ces vaisseaux gardent un calibre régulier ou bien sont parsemés, au contraire, de dilatations ampullaires; ils ont un trajet rectiligne ou presque, ou, au contraire, sinueux, décrivant des anses à peu près complètes, rares ou plus souvent multiples, parallèles ou non. »

Dans d'autres cas, on peut voir se former « de véritables ecchymoses de la muqueuse, faisant même une saillie notable au-dessus du niveau des parties voisines ». Dès lors peut apparaître soit un suintement, véritable transsudation sanguine, soit un saignement plus important, en nappe ou en jet (Bazy, obs. I), venant de la région urétrale ou de la saillie glandulaire intravésicale.

Enfin, certains auteurs ont cité un début de dégénérescence (Noguès, obs. VI et XV), et Guérin, Penaud, Duvergey, (obs. XXVII).

CHAPITRE III

OBSERVATIONS

Observation I.

(Bazy, Société de chirurgie, 1896.)

C'est un homme de 62 ans, auprès duquel je fus appelé le 2 août dernier. Il me raconte qu'il a été pris de rétention une quinzaine de jours auparavant. Un médecin appelé le sonde avec une sonde en caoutchouc et lui retire une grande quantité d'urine sanglante. Cette hémorragie continue, peu abondante il est vrai, mais très appréciable pendant une huitaine de jours. Elle affaiblit notablement le malade. Le malade continue à être sondé trois fois par jour avec la sonde de caoutchouc.

Quand je le vois, son état est très bon et je ne peux que l'engager à continuer des cathétérismes aseptiques et répétés trois fois par jour avec lavages. Mais, dès le lendemain, l'hématurie se reproduit très légère, elle augmente le soir, paraît-il; on met la sonde à demeure. Le lendemain, c'était dimanche, je n'étais pas à Paris, on ne me prévient pas; l'hémorragie continue, des caillots remplissent la vessie, on est obligé de les faire sortir par aspiration, on fait des irrigations chaudes, on injecte une solution d'antipyrine, de nitrate d'argent, rien n'y fait. Le lendemain, je vois le malade et le trouve très affaibli. Je continue la médication et annonce que si dès le lendemain l'hémorragie n'est pas arrêtée, il faudra faire la taille; cette hémorragie paraît si abondante, si rebelle, que je pratique à nouveau le toucher rectal pour voir s'il ne s'agissait pas d'un néoplasme vésical au lieu d'une hypertrophie que j'avais constatée dès le premier examen. Or, en portant mon doigt profondément et en dépassant

par en haut les limites de la prostate, j'eus la sensation d'une tumeur un peu ferme, non adhérente à la paroi inférieure de la vessie et faisant une saillie notable dans son intérieur.

C'était, comme nous le vîmes dans l'opération, la prostate qui faisait saillie dans l'intérieur de la vessie, ou peut-être un caillot volumineux que nous trouvâmes dans le bas-fond. Quoi qu'il en soit, le lendemain, l'hémorragie continuant, je fis la taille; la vessie ouverte, je trouve un gros caillot noir, rougeâtre, ferme, occupant le bas-fond vésical, je trouve une tumeur qui n'était que la prostate faisant saillie à l'intérieur de la vessie.

La vessie était saine, à peine un peu injectée, pas de néoplasme; je cherche la source de l'hématurie et sur le côté gauche de la prostate dont le tissu est mou, quoique élastique, comme une tumeur érectile, un peu tendue, je vois un léger suintement sanguin; en frottant légèrement ce vaisseau, on voit immédiatement un petit jet de sang artériel se dirigeant vers l'intérieur de la vessie. Je cautérise ce point à plusieurs reprises; je détruis au fer rouge la plus grande partie de la prostate; je tamponne la vessie, une sonde à demeure est mise, puis je suture la vessie. Les suites furent simples, le malade urine en partie par sonde, en partie seul.

Observation II.

(E. Adenot, de Lyon, *Archives provinciales de chirurgie*, févr. 1902.)

G... (Antoine), 61 ans. Entre, le 5 septembre 1898, à l'Hôpital de la Croix-Rousse pour des hématuries très graves.

Antécédents nuls. Il y a un an, hématurie assez légère; il a uriné du sang pendant deux à trois jours. L'hiver dernier, pendant la période de froid, il a eu de la pollakiurie. Il était obligé de se lever trois fois la nuit, et le jour il urinait toutes les heures et même quelquefois plus souvent. A ce moment, le malade n'éprouvait aucune douleur ni au moment, ni avant, ni après la miction.

Il y a un mois environ, ces phénomènes de pollakiurie qui

s'étaient amendés ont recommencé; il y a quinze jours environ, le malade, sans aucune raison apparente, se met à uriner du sang mélangé à l'urine. Il existait de la pollakiurie et de la douleur au début et à la fin de la miction. Il y a sept jours, l'hématurie augmenta, constituée par du sang presque pur. Les douleurs et la pollakiurie augmentèrent parallèlement. Dimanche dernier, au soir, et toujours sans cause apparente, le malade n'ayant travaillé dans le jour et n'ayant éprouvé aucune fatigue, une hématurie très sérieuse survient, accompagnée de douleurs atroces. Cet état persiste une huitaine de jours. Entre alors à l'hôpital. Il présente une hématurie continue qui est arrêtée par une injection très chaude.

Le toucher rectal montre une prostate volumineuse. Je sens au niveau de la paroi antérieure du rectum la vessie résistante, et il est très difficile de délimiter les organes voisins. Le malade refuse toute opération sérieuse.

Le 8 septembre, malgré les lavages vésicaux très chauds et l'administration d'ergotine, les hématuries persistent toujours et deviennent de plus en plus abondantes.

Cet état ne peut se prolonger plus longtemps; la rétention est absolue, le malade réclame une intervention.

Le 9 septembre, sous l'anesthésie générale à l'éther, après les tentatives infructueuses de cathétérisme, je pratique une cystostomie. Une grande quantité de caillots sont évacués avec une certaine quantité de sang liquide; la vessie ne renferme qu'une petite quantité d'urine sanglante; le bas-fond est bourré de caillots qui sont expulsés par un lavage à l'eau boriquée. Je sens alors au niveau du col une saillie très dure formant une véritable barre mobile transvésicale avec une base d'implantation large et épaisse. Elle adhère par un de ses côtés en arrière de l'orifice du col de la vessie. J'enlevai difficilement 25 grammes de glande; il ne se produit pas d'hémorragie appréciable après l'ablation. Néanmoins, pour éviter toute crainte d'hémorragie chez un homme qui avait déjà beaucoup perdu de sang, nous pratiquons le tamponnement complet de la cavité vésicale avec de la gaze iodoformée d'abord et avec de la gaze stérilisée ensuite.

Le 10 septembre, le tampon intravésical est enlevé : pas d'hémorragie sérieuse depuis l'opération. Les mèches sont simplement imprégnées d'urine sanguinolente. L'état général est bon; la température, qui était à 39 degrés le jour de l'opération, est tombée à 38°2. Les forces sont revenues peu à peu. Les urines sont légèrement troubles; des lavages antiseptiques sont pratiqués quotidiennement.

La partie de la prostate enlevée est de consistance dure et régulière, de couleur blanc rosé. L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un myome à fibre lisse bénin.

Voilà plus de trois ans que le malade est opéré et son état est à tout point de vue excellent. Je l'ai vu récemment, sa santé est florissante et il urine d'une façon parfaite.

Observation III.

(Escat, Association française d'urologie, p. 433, 1908.)

Homme de 66 ans. Rétention d'urine incomplète; il urine à chaque instant depuis un an, mais depuis deux jours la difficulté est devenue extrême. Il vient de subir sans succès des tentatives de cathétérisme et j'essaie en vain de lui passer une sonde, la vessie étant distendue jusqu'à l'ombilic. Prostatectomie transvésicale le 26 mai. Chloroforme. La région sus-pubienne est absolument sonore malgré la distension vésicale qui atteint l'ombilic, la paroi est d'une minceur extrême, à peine incisée, elle donne issue à une hernie de la vessie sous forme d'une poche noirâtre semblable à une hernie intestinale. En voulant placer une compresse, la poche s'effondre et donne issue à un flot d'urine hématurique. La vessie tamponnée un instant est rapidement explorée, la muqueuse est congestionnée, pleine d'ecchymoses et de suffusions sanguines. Je fais maintenir un tampon, car l'hémorragie continue, très inquiétante; d'un coup de ciseau, j'amorce le clivage et j'énuclée aussi vite que possible la glande. Je place immédiatement un tamponnement. L'énucléation de la glande, grosse et molle, avait été facile et régulière, mais la muqueuse vésicale saignait autant que la loge prostatique.

Observation IV.

(Michon, XV^e^ Congrès de l'Association française d'urologie, 1911.)

Malade atteint d'une hypertrophie simple de la prostate. Il avait eu à plusieurs reprises des hémorragies très abondantes; quand je le vis, il était pris d'une hématurie plus violente que les précédentes.

Je le soignai pendant deux jours : les lavages à l'antipyrine, l'évacuation des caillots, la sonde à demeure, furent sans effet; je me décidai à intervenir et je fis d'emblée une prostatectomie.

A la suite de l'extirpation de la prostate, le suintement sanguin fut insignifiant, et ce malade guérit très rapidement.

Chez un autre malade, il s'agissait d'un prostatique avec hypertrophie plutôt molle, datant déjà de longtemps. Sans causes occasionnelles survinrent des hématuries terribles qui ne cessèrent pas avec l'évacuation des caillots. Par suite de circonstances diverses, on ne voulut pas accepter une intervention, et ce malade mourut d'hémorragie.

Observation V.

(O. Pasteau, XXIV^e^ Congrès français d'urologie, 1924, p. 282.)

Le 10 février 1924, je suis appelé auprès d'un homme de 72 ans pour une hématurie persistante et spontanée.

Il s'agit d'un malade fatigué, prostatique depuis une quinzaine d'années. Il se plaignait de fréquence de mictions avec difficulté d'uriner; les urines étaient le plus souvent claires; mais de temps en temps, sans cause, survenaient des hématuries pendant plusieurs mictions, parfois durant trois ou quatre jours. Généralement, le sang était peu abondant, mais parfois il existait aussi des caillots, sans qu'une crise de rétention aiguë ait jamais été constatée. Le malade, habitué de Vittel, y faisait une cure prolongée chaque année et gardait un état général convenable. A plusieurs reprises, il avait eu des urines purulentes, sans sondage préalable, et avait dû supporter quelques séries de lavages

vésicaux au nitrate d'argent. Mais depuis deux ans, ses urines étaient presque absolument claires sous l'influence d'un traitement discontinu par la formine.

Quand j'ai été appelé auprès de lui, il saignait depuis plusieurs jours. Le sang, d'abord peu abondant, avait fini par teinter l'urine en rouge, puis des caillots avaient paru dans le vase. A mon arrivée, l'urine était noirâtre et contenait de petits caillots noirs, déchiquetés. Je fis une aspiration qui vida bien la vessie.

Le lendemain, la vessie ne se trouvait pas vide à mon exploration, mais elle ne contenait plus de caillots.

Le surlendemain, nouveaux caillots; le malade entra à la maison de santé, et une sonde à demeure fut placée après que la vessie eut bien été vidée de tous les caillots. La sonde à demeure fonctionna bien pendant quarante-huit heures, puis elle fut bouchée par de nouveaux caillots abondants, si bien que, le soir du 14 février, je décidai de faire de suite une cystostomie avec anesthésie locale par infiltration.

La vessie ouverte, des caillots abondants et noirâtres furent évacués. Puis, après des caillots noirs vinrent de gros caillots absolument rouges; ceux-ci furent évacués à leur tour; je constatai alors qu'il se formait aussitôt un gros caillot nouveau. Ayant ouvert largement la vessie, je vis que le sang suintait de l'orifice urétral. Cet orifice était situé au-dessus d'une forte saillie prostatique, recouverte d'une muqueuse normale, lisse, sans aucune ulcération, et sur laquelle on ne découvrait aucun vaisseau important. J'essayai de placer une mèche de gaze dans l'urètre par la vessie, mais le sang suintait malgré tout, et en abondance, pour se cailler aussitôt dans le bas-fond vésical.

En présence de tels accidents, je fis donner au malade quelques bouffées de chloroforme et énucléai rapidement une masse adénomateuse de plus de 80 grammes. Un tamponnement fut fait avec quatre mèches de gaze. Le drain de Freyer fut laissé en place.

Après l'opération, le saignement s'arrêta et ne reparut plus. Il ne fut pas nécessaire d'enlever de caillots par le tube. Les mèches furent retirées les 3e et 4e jours; des lavages journaliers furent faits

dès cet instant, comme à l'ordinaire. Aucune complication ne survint, et le malade quitta la maison de santé le 12 du mois suivant, complètement guéri, avec des urines presque complètement claires.

Revu depuis, il continue à jouir d'une santé florissante; il vide sa vessie et n'a même pas eu besoin de lavages.

La masse prostatique enlevée ne présentait nulle part trace d'autres lésions que celles de l'adénome simple. La muqueuse urétrale au long du trajet intraprostatique ne laissait voir aucune lésion spéciale, aucune ulcération, aucune fausse route, pas de vaisseau anormalement développé.

Observation VI.

(Nogués, XXIV[e] Congrès français d'urologie, 1924.)

Il s'agit d'un homme de 71 ans ayant depuis quelques mois des signes de prostatisme et des hématuries abondantes survenant sans aucune raison appréciable.

Quand le malade vint me consulter, il saignait d'une façon à peu près constante. Aussi la cystoscopie fut-elle toujours imparfaite, pour ne pas dire impossible; malgré le soin avec lequel je cherchais une tumeur que dénonçaient tous les signes cliniques, je ne pus jamais arriver à en découvrir. Le malade avait d'ailleurs toujours une sonde à demeure, car à tout instant il fallait faire de l'aspiration pour évacuer les caillots et calmer les douleurs de la rétention.

Deux jours après la dernière tentative de cystoscopie, la situation s'aggrava brusquement : le matin, je trouvai le malade très fatigué, ayant passé une nuit atroce, la vessie remontant à l'ombilic, et l'aspiration par une sonde 24 ne donnant pour ainsi dire rien. Je proposai immédiatement une cystostomie, croyant toujours que j'allais trouver une tumeur, l'enlever sur-le-champ et arrêter ainsi l'hémorragie.

La famille désira une consultation. M. Bazy voulut bien répondre à notre appel dans la journée et me fit l'honneur d'approuver sans réserve ma proposition.

Quelques instants après, je procédai à l'opération.

J'incisai la paroi un peu plus largement que pour une simple cystostomie de drainage, et j'incisai la vessie sur 3 ou 4 centimètres. Par cette brèche, à l'aide de compresses, je pus extraire de nombreux caillots, les uns de formation ancienne, les autres récents. Mais le saignement ne s'arrêtait pas; le sang venait en quantité importante du fond de la vessie sans que je puisse trouver la moindre tumeur.

A la fin, je pus me rendre compte que le sang venait de la traversée prostatique elle-même; quand on la tamponnait fortement avec une compresse, l'hémorragie s'arrêtait, mais elle reprenait aussitôt dès que le tampon était enlevé.

La situation devenait critique, il fallait prendre un parti, sous peine de voir le malade succomber sur la table. Je pris celui d'enlever la prostate et de tamponner énergiquement la cavité.

Ce tamponnement fut fait avec un soin particulier; l'index droit maintenu dans le rectum vérifiait que les mèches remplissaient bien tous les coins de la cavité.

Le résultat fut miraculeux; l'hémorragie s'arrêta comme par enchantement et le malade guérit dans les conditions les plus rapides et les plus satisfaisantes.

La pièce, à l'examen, montrait, sur l'un des lobes, un point où les lobules glandulaires n'offraient pas l'aspect habituel, certains amas de cellules paraissant être au contact direct du stroma; ce n'est pas là l'aspect néoplasique certain, mais ce n'est pas là non plus l'aspect glandulaire habituel. La cause de l'hémorragie ne put être décelée; on constatait seulement la présence d'une nappe sanguine sous l'épithélium urétral, mais elle n'était pas au contact des lobules en voie de dégénérescence possible.

Observation VII.

(J.-L. Petit, *Normandie médicale*, 1927.)

M. F..., 72 ans, souffre d'hypertrophie prostatique depuis cinq ans. Le diagnostic d'adénome a été porté par plusieurs chirurgiens qui lui ont conseillé l'intervention. Mais l'absence de réten-

tion et l'absence de douleurs ont fait temporiser le malade. En septembre dernier, il est pris d'une assez violente hémorragie qui détermine une légère rétention, mais cette hématurie cesse rapidement après quelques lavages. Je le vois quelques jours après, le malade vide bien sa vessie, le résidu est inférieur à 50 cm³, et à ce moment les urines sont claires. La prostate est volumineuse, régulière, et par le palper on sent un lobe médian très saillant.

Ne connaissant pas la valeur fonctionnelle des reins, je demande au malade de faire faire une constante d'Ambard.

Dix jours après, il arrive à la maison de santé en crise de rétention aiguë. Ce n'est d'ailleurs pas une rétention, mais une hématurie considérable qui date de la veille et qui détermine un globe vésical volumineux. J'essaie en vain de vider cette vessie : les caillots bouchent la sonde et les lavages n'arrivent pas à les dissoudre. L'état du malade est grave, et les signes d'hémorragie m'obligent à lui proposer une cystostomie.

Sous anesthésie générale, j'ouvre la vessie et extrais rapidement une masse de caillots représentant plus d'un litre et demi de sang. La vessie est nettoyée de ses caillots, mais l'hémorragie ne s'arrête pas, comme on pouvait s'y attendre. Le sang part en jet d'une large ulcération vésicale, de la dimension d'une pièce de un franc, produite par un adénome très saillant pré-urétral.

Devant l'échec d'un tamponnement tenté quelques instants, je me décide à faire rapidement l'énucléation d'un adénome du poids de 322 grammes.

Suites parfaites.

Observation VIII.

(Aumont, *Bulletin et mémoires de la Société nationale de chirurgie de Paris*, 1928.)

X..., 72 ans, fait en décembre 1928, après une chute, une rétention complète. Les antécédents urinaires semblent indiquer une longue phase de dysurie assez discrète pour être supportée par le patient. Depuis l'accident, il n'a pu uriner qu'avec beaucoup de difficultés. Au moment de notre examen, la rétention est complète; il existe un gros globe vésical, la prostate est légèrement

augmentée de volume, l'exploration du canal nous fait observer l'existence d'un rétrécissement assez serré, n'admettant que la sonde n° 12, derrière laquelle le sphincter contracté ne se laisse pas franchir malgré l'anesthésie urétrale à la novocaïne. Le cathétérisme ne peut être pratiqué; dans ces conditions, nous pratiquons, à l'anesthésie locale, une ponction hypogastrique.

Le lendemain, après une nouvelle anesthésie urétrale, nous réussissons à glisser la sonde à bout olivaire et pouvons évacuer lentement la vessie. Nous constatons que les urines sont légèrement troubles. Nouveau cathétérisme toujours aussi délicat; température de 38°5. L'état général n'est guère satisfaisant; les jours suivants, nous pouvons progressivement passer la sonde jusqu'au n° 16. La température ne tombe pas à la normale et ne paraît pas s'expliquer autrement que par une légère infection urinaire; le cathétérisme reste toujours difficile, nous décidons de laisser la sonde à demeure le 16 décembre.

Le malade, très nerveux, la tolère avec peine; elle n'a d'ailleurs aucune action sur la température, qui ne tombe pas. Dans ces conditions, nous éliminons l'idée d'une urétrotomie interne dirigée contre le rétrécissement, maintenant aussi dilaté qu'une section urétrale permettrait de le faire, et nous proposons une cystostomie, qui est acceptée.

Nous la pratiquons sous l'anesthésie locale le 20 décembre et plaçons dans la vessie une sonde de Pezzer. En trois jours, la température se régularise et tombe à la normale; les urines s'éclaircissent. Nous nous félicitons de cet heureux résultat quand, le cinquième jour au soir, nous sommes prévenu que le malade saigne; nous constatons quelques instants après qu'il présente en effet une grosse hématurie se donnant jour par la sonde avec expulsion de caillots par l'urètre s'accompagnant d'épreintes et de ténesme vésical.

Nous installons une compression ouatée de la verge et pratiquons l'aspiration des caillots par la sonde vésicale, suivie par un lavage léger à l'antipyrine chaud; parallèlement, on injecte de l'ergotine, de l'hypophysine. Nous ne quittons le malade qu'après arrêt de l'hémorragie, mais il ne s'agit que d'une accalmie; nous

sommes rappelé au milieu de la nuit par une reprise du saignement, qui paraît s'arrêter pour reprendre, et cela alternativement. Injection d'anthéma, huile camphrée, sérum glucosé, digitaline, sont ordonnés et pratiqués. Nous proposons, d'autre part, à la famille de prendre l'avis de notre maître le Docteur Michon, ayant prévenu la famille qu'à notre avis une prostatectomie rapide pourrait seule arrêter l'hémorragie grave, mais insistant sur l'importance de l'intervention, vu l'état du malade.

M. Michon veut bien examiner notre malade le 26 décembre; il conclut à la nécessité d'une prostatectomie, qui est acceptée par la famille, et nous conseille de la pratiquer à ciel ouvert pour tâcher d'apercevoir l'origine de l'hémorragie.

Suivant son avis, l'opération est faite quelques heures plus tard sous anesthésie générale au chloroforme; la vessie est décollée de bas en haut et incisée progressivement; sa cavité est bien exposée : après incision, la muqueuse apparaît partout normale; il n'existe en particulier ni tumeur, ni calculs, ni diverticules; le col vésical est déformé par une hypertrophie prostatique légère, mais nous ne voyons rien saigner.

La prostatectomie est facilement et rapidement réalisée, elle emporte d'un bloc les deux blocs latéraux unis en arrière. Nous plaçons un bon tamponnement; les lèvres de l'incision vésicale sont suturées et laissent passage à un gros tube de Marion, au-dessus duquel la paroi est réunie en un plan aux crins.

Les suites de l'intervention sont tout à fait banales, le tamponnement est enlevé au 4e jour; la guérison survient sans autre incident au bout du 21e jour. En somme, l'évolution a été aussi simple qu'après une prostatectomie à froid, malgré l'épuisement du malade.

La pièce opératoire examinée n'a montré aucune lésion microscopique de l'urètre prostatique; il s'agissait d'un adénome prostatique tout à fait banal quant à sa structure histologique.

Observation IX.

(Gayet, Congrès français d'urologie, 1929.)

M..., 58 ans, m'est adressé par le Docteur Desbiez, le 28 juillet 1926, pour des accidents de prostatisme. Il y a deux mois, après une période de dysurie légère, il a eu une crise de rétention aiguë à la suite d'écarts de régime. Son médecin le sonde trois fois par jour pendant deux jours, et la miction se rétablit. Quelques mois après, puis encore deux ou trois fois, il eut de nouvelles crises de rétention cédant après un jour de sondage. L'urine est restée claire.

A l'examen, résidu de 25 grammes seulement, pas de sucre ni d'albumine. Au toucher, prostate du volume d'une mandarine, de consistance adénomateuse. Le résidu étant très faible, je conseille un traitement médical.

Le 2 février 1927, je le revois, il présente alors une rétention chronique; sondé régulièrement par sa femme. Il y a de la cystite et des urines très purulentes. Je veux pratiquer quelques lavages, mais le malade les supporte très mal, sa vessie est intolérante, et il réclame l'opération.

Le 4 février : Cystostomie. Je suis rappelé quatre heures après l'opération pour une grosse hémorragie. J'évacue un litre au moins de caillots, le sang revient toujours du côté de la prostate.

Sous une anesthésie au Kélène-éther, je pratique rapidement la prostatectomie. Grosse prostate trilobée du volume d'une orange. Tamponnement avec plusieurs mèches.

Le 22 février, je place une sonde urétrale. Il s'ensuit une hémorragie assez forte, qui continue les jours suivants, et m'oblige, le 26, à tamponner à nouveau la loge avec deux mèches. Celles-ci sont enlevées le 2 mars; pas d'hémorragie. La plaie a été longue à se fermer, et le malade n'est sorti cicatrisé que le 2 avril.

J'ai eu récemment de ses nouvelles, il va tout à fait bien.

Observation X.

(Vintici et Laroche, *Journal d'urologie*, 1929.)

B..., 82 ans, entre dans le service Civiale de Lariboisière, le 14 novembre 1927, pour une incontinence datant déjà de deux ans. Au palper, la vessie remonte jusqu'à l'ombilic. Au toucher rectal, hypertrophie nette de la prostate; il s'agit d'un distendu avec incontinence par hypertrophie prostatique. On lui fait une cystostomie, mais quelques jours après, le malade a d'abondantes hématuries, et on l'opère le 5 décembre 1927.

Prostatectomie d'urgence pour hémorragies répétées. Adénome volumineux à la surface duquel on trouve une ulcération, produite vraisemblablement par le tube de cystostomie. L'examen anatomo-pathologique démontre l'existence des petits foyers d'infection de la prostate, avec un foyer hémorragique interstitiel.

Observation XI.

(Vintici et Laroche, *Journal d'urologie*, 1929.)

S..., 74 ans, vient le 24 mars 1926 pour des troubles dysuriques et pollakiuriques marqués, dus à une hypertrophie de la prostate. Le résidu est de 40 grammes; les urines sont limpides. Je conseille un traitement médical.

Le malade m'est ramené en octobre 1928.

Au mois de septembre le malade a été pris brusquement d'une hématurie importante, et, sans qu'on se soit rendu compte de la cause de son hématurie, on a pratiqué une cystostomie. Cette cystostomie n'a pas mis fin du reste aux hématuries, qui continuent sans arrêt depuis cette époque.

La cause de l'hématurie n'ayant pas été précisée par l'opérateur, je propose la cystoscopie. Celle-ci est réalisée et, en outre d'un lobe prostatique considérable, j'aperçois en arrière, à droite du col, un polype du volume d'une petite noix.

L'état général du malade étant plus que médiocre, je conseille,

pour arrêter l'hémorragie, de faire pratiquer une application de radium. Celle-ci est faite le 12 octobre par la voie haute. Quelques jours après l'application de radium, l'hémorragie s'arrêtait pendant quelques semaines, mais elle reprenait quelques temps après, et, devant son intensité, ne voyant pas d'autre moyen d'y parer, pensant que la prostate prenait part également à l'hémorragie, je proposai une prostatectomie et la destruction par fulguration du polype.

Le malade décline plus tard à la suite d'une urémie qui augmentait progressivement, malgré la diète la plus sévère.

Observation XII.

(Vintici et Laroche, *Journal d'urologie*, 1929.)

M..., 63 ans, présente depuis plusieurs années de la pollakiurie plus marquée la nuit.

Huit jours avant sa visite, le 28 juin 1926, il a présenté une hématurie d'une durée de quatre jours.

A l'examen, je trouve une prostate extrêmement volumineuse et un résidu limpide de 400 grammes. Je conseille des sondages, des lavages décongestionnants, et, si une nouvelle hémorragie se produit, je l'engage à revenir immédiatement pour un examen au moment de l'hématurie.

Le 2 juillet, le malade vient me trouver, saignant depuis la veille. Je veux pratiquer une cystoscopie, mais il m'est impossible de pénétrer au-delà de l'urètre postérieur; il s'agit évidemment d'un arrêt par le lobe médian. Je conseille au malade quelques hémostatiques, des grands bains d'attente. Mais cette hématurie continue sans arrêt, et le 7 juin, le malade me téléphone qu'en raison des caillots qu'il émet, il lui est absolument impossible d'uriner. Je lui conseille alors d'entrer aux Frères-de-Saint-Jean-de-Dieu, peu après l'avoir fait sonder pendant la nuit; le lendemain même, je pratique une prostatectomie d'urgence pour arrêter l'hémorragie.

La prostate enlevée ne présente que la congestion de la muqueuse

urétrale et cervicale; on n'observe en aucun point de lésion nette pouvant avoir donné lieu à cette hémorragie considérable.

Le malade guérit sans incident.

Observation XIII.

(Vintici et Laroche, *Journal d'urologie*, 1929.)

I... vient me consulter le 22 juin 1927. Il est âgé de 70 ans.

Quelques jours avant sa visite, il a eu une hématurie dont les caractères sont impossibles à préciser, et qui a duré quarante-huit heures. Je constate une hypertrophie de la prostate, un résidu de 40 grammes, et la cystoscopie ne montre aucune lésion vésicale. Je pense qu'il peut s'agir d'une hématurie prostatique.

Le 15 juillet, le malade revient avec une poussée hémorroïdaire, une nouvelle hémorragie, de la cystite, et, pratiquant une cystoscopie, je pense voir le sang sourdre du col vésical soulevé par l'adénome péri-urétral. Je pense donc de plus en plus à l'hémorragie prostatique. Je conseille au malade de continuer le traitement hémostatique que j'avais prescrit.

Le 12 octobre 1927, nouvelle hématurie beaucoup plus importante, et, devant l'importance de cette hématurie, je conseille au malade de se faire supprimer la prostate.

Opération aux Frères-de-Saint-Jean-de-Dieu le 25 octobre. J'enlève une très volumineuse prostate, sans caractère particulier. Les suites sont tout d'abord assez simples, mais quelques temps après une nouvelle hémorragie se produit au cours de la convalescence. Je pense qu'il s'agit d'une hématurie par chute d'une escarre, comme cela se voit parfois. Le malade guérit peu après complètement et sort de la maison de santé.

Mais, quelque temps après, nouvelle hématurie très abondante, que je ne vois pas au moment même; mais, pratiquant une cystoscopie, j'aperçois sur la face antérieure de la vessie un bourgeon, et je pense qu'il s'agit d'une tumeur maligne de la vessie, que j'ai laissé échapper. Je pratique une fulguration de ce bourgeon (qui me fut prouvé plus tard être simplement un bourgeon charnu

au niveau de la cicatrice), et les choses rentrent dans l'ordre pendant quelque temps. Mais, en février 1928 nouvelle hématurie cette fois accompagnée d'élévation de température et de douleurs. Après quelques jours de mise en observation, je constate que le rein droit est notablement augmenté de volume, qu'il est de plus en plus douloureux. En même temps, des hémorragies se reproduisent presque continuellement, si bien que je pense que le malade, saignant de la vessie, a fait d'autre part une pyonéphrose d'un rein déjà distendu, le rein droit. Je conseille l'ouverture ou l'ablation de ce rein.

L'opération est pratiquée le 22 mars; quel n'est pas mon étonnement d'enlever un rein extrêmement volumineux, purulent, mais également néoplasique, ce néoplasme rénal expliquant toutes les hématuries qu'avaient eues le malade depuis le commencement de son histoire.

A partir de ce moment, la guérison se fait extrêmement rapide, et, quelques semaines après, le malade, malgré son âge et malgré l'état précaire dans lequel l'avaient mis les hémorragies, l'opération et la suppuration, se trouvait entièrement rétabli.

Observation XIV.

(E. Perrin, *Lyon médical*, 1932.)

II..., 66 ans, hospitalisé à l'Antiquaille pour hématurie et rétention d'urine.

En 1926, première hématurie pour laquelle le Docteur Souty, consulté, conseille un traitement médical. Les hématuries cessent, recommencent en 1928 et s'amendent à nouveau; mais elles réapparaissent en 1930 plus abondantes et sans troubles dysuriques véritables; ce malade expulse des caillots; à l'entendre, il s'agit d'hématuries surtout initiales, l'urine s'éclaircissant à la fin de la miction. Après s'être une fois de plus amendées, les hématuries réapparaissent plus importantes, et, le 24 octobre 1931, déterminent une première et unique crise de rétention pour laquelle le malade entre à l'hôpital.

J'étais alors en vacances, un cathétérisme ramène les urines sanglantes et des caillots, fait cesser la rétention. Mais l'hématurie persiste. Le toucher rectal faisait sentir, me dit-on, une prostate de volume habituel, orientant vers le diagnostic de tumeur de la vessie; la cystoscopie fut pratiquée, mais inutilement, en raison de la faculté avec laquelle l'hématurie se déclenchait. Un examen cardio-pulmonaire, pratiqué par le Docteur Bahier, fut dans l'ensemble négatif; l'azotémie était de 0,30 p. 100.

A mon retour, on me présenta un malade assez anémié. Le toucher rectal me révèle une prostate plus volumineuse qu'elle n'avait paru jusqu'alors, mais lisse et souple. Je fis le diagnostic d'hématurie causée par un adénome prostatique et décidai d'intervenir en faisant observer à mon entourage que je basais l'indication opératoire, non pas sur des signes dysuriques peu importants en l'espèce, mais sur le symptôme hématurique.

Le 13 novembre 1931, taille vésicale sus-pubienne, j'aperçois dans la vessie une masse recouverte d'une muqueuse lisse presque pédiculée et qu'il est facile d'identifier comme un énorme lobe médian. En raison de la nécessité d'en finir rapidement avec ces hématuries qui deviennent inquiétantes et en présence d'une azotémie de 0,30, qui est favorable, j'ai fait une prostatectomie en un temps.

Les suites ont été simples. L'hémorragie postopératoire n'a été ni plus abondante ni plus dure que de coutume. La plaie sus-pubienne est sur le point d'être fermée.

L'examen des pièces opératoires montre sur le lobe médian volumineux une suffusion sanguine avec plusieurs petits adénomes peu volumineux que j'ai enlevés en même temps et qui présentaient le même aspect d'adénome banal, confirmé d'ailleurs par l'examen histologique.

Observation XV.

(Nogués, *Journal d'urologie*, 1933.)

H..., 72 ans, avait déjà quelques saignements spontanés, mais il vient surtout nous consulter pour une rétention incomplète à laquelle avait succédé une rétention presque complète.

Grosse prostate, l'opération est acceptée, mais, en raison d'une azotémie supérieure à la normale, nous décidons de la pratiquer en deux temps. Le premier est fait le 7 avril, sous l'anesthésie locale; rien de particulier à signaler. Suites normales.

Mais, vers le dix-huitième jour, le malade étant toujours couché, son tube fonctionne très bien, les urines deviennent rouges. Tout d'abord, on n'attache à ce fait aucune importance, mais le saignement persiste, augmente malgré toutes les thérapeutiques, des caillots se forment qui doivent être aspirés, et, finalement, le 28 au soir, la situation est tellement préoccupante que le malade a été endormi, la prostate enlevée et un tamponnement serré pratiqué.

Les suites sont normales, le résultat fonctionnel excellent, et le malade a pu jouir d'une bonne santé pendant cinq ans encore.

L'examen de pièce montre une prostate de 57 grammes, avec incontestablement un adénome formé de lobes, les uns pseudo-kystiques, les autres glandulaires simples, très végétants, les autres fibreux; mais il y a une dégénérescence néoplasique, sous forme de traînées de tube glandulaire ou d'amas cellulaire dans les tissus conjonctifs ou musculaires, notamment dans la paroi vésicale.

Observation XVI.

(Noguès, *Journal d'urologie*, 1933.)

M..., 71 ans, avait eu en août 1922 une première hématurie spontanée assez abondante. Tout rentre dans l'ordre en dehors de quelques lenteurs et hésitations de la miction; en avril 1923, les saignements réapparaissent. Je le sonde et je trouve un résidu de 170 grammes clair.

Une tentative de cystoscopie ne donne aucun résultat en raison de l'impossibilité d'éclaircir le milieu vésical. Il entre à la maison de santé, où je lui mets une sonde à demeure. Rien ne réussit à conjurer le saignement, et la situation prend un tel caractère de gravité que je décide d'intervenir le soir même, de toute urgence, sous le chloroforme.

Je ne trouve aucune tumeur. Le sang vient de la façon la plus nette de la traversée prostatique. Les tentatives de tamponnement restent sans résultat. J'enlève la prostate, je place trois mèches de gaze très serrées. Le saignement s'arrête le soir même, la guérison survient sans incident, le résultat fonctionnel est parfait.

Le malade a une survie de six années. Il succombe à une affection pulmonaire à un âge avancé.

A l'examen de la pièce opératoire, la cause de l'hémorragie n'apparaît pas. On constate simplement qu'une nappe sanguine existe sous l'épithélium urétral. Elle n'est pas en contact avec les lobules en dégénérescence que l'on constate également.

Observation XVII.

(Charles H. de T. Shivers, Service d'urologie de l'Atlantic City Hospital, 1934.)

Malade âgé de 57 ans, se plaignant surtout d'hématuries, pollakiurie, diminution de la force et du calibre du jet. Depuis plusieurs années, il avait de la difficulté de miction, surtout depuis les six dernières semaines précédant son entrée à l'hôpital; il n'avait pas d'incontinence. Il y a neuf mois, le malade a eu pour la première fois du sang dans ses urines en quantité peu abondante, sans qu'aucun cathétérisme soit fait. Pendant le dernier mois, le malade a eu assez fréquemment des hématuries, et, tout dernièrement, il éprouvait une brûlure constante pendant la miction. Aucune tare à signaler au point de vue familial et héréditaire. Rien dans ses antécédents.

A l'examen physique, aucune anomalie ni affection des divers organes. L'urine est trouble à l'émission et contient du sang à l'examen microscopique.

Au toucher rectal, tonus sphinctérien normal, la prostate montre une légère augmentation du volume du lobe gauche; elle est molle et élastique, sans aucune sensation de dureté ou de malignité; on ne peut atteindre les vésicules séminales, et il existe une certaine distension vésicale. On sonde le malade et on trouve une augmen-

tation de l'urètre prostatique; l'urine retirée est mélangée de sang.

A la cystoscopie, le n° 18 est introduit avec difficulté, le sang rend encore plus difficile l'examen minutieux : la base de la vessie n'était pas visible à cause de la proéminence intravésicale du lobe médian, sur lequel on a trouvé deux ulcérations superficielles; on a mis une sonde à demeure n° 20 dans la vessie, et le malade a été envoyé à l'hôpital; le saignement persiste malgré les lavages chauds. A son entrée, son urée sanguine est de 18 centigrammes et le sucre de 90 centigrammes.

Le 3 avril, j'ai décidé de faire une cystostomie sus-pubienne pour contrôler l'hémorragie et préparer le malade pour une prostatectomie ultérieure. A l'ouverture de la vessie, je constate, sous le lobe intravésical de la prostate, de grosses veines dilatées au-dessus desquelles se trouve une ulcération qui n'atteint pas les vaisseaux, et les deux ulcérations observées à la cystoscopie se confondent. J'ai mis un Pezzer dans la bouche de la plaie hypogastrique et j'ai fermé la vessie par la méthode usuelle. Le 5 avril, l'hémorragie est complètement arrêtée. Le 8 avril, au matin, l'interne irrigue par erreur la vessie, et l'hémorragie se reproduit immédiatement avec persistance. J'ai été appelé d'urgence à l'hôpital; aussitôt, je vide la vessie des caillots sanguins en employant tous les moyens hémostatiques, mais l'hémorragie continue. Le 9 avril au soir, je décide une transfusion sanguine de 500 cm^3, et sous anesthésie rachidienne j'ouvre à nouveau la vessie, qui se trouve pleine de sang, après son évacuation et son lavage, je constate que le sang provient d'un vaisseau situé sur la partie postérieure du lobe médian; j'enlève la prostate et je tamponne la loge prostatique (Pilcher, Bag). L'hémorragie s'arrête complètement; j'enlève le tampon après quarante-huit heures, et l'hémorragie ne se reproduit plus. Le malade guérit complètement.

La pièce opératoire ne montre aucune malignité; à la coupe, un liquide blanc, fluide, laiteux, en suintait.

Le malade a été revu en mars 1935 en très bon état, avec un excellent résultat fonctionnel.

Observation XVIII.

(L. Phelip, *Lyon médical*, 1935.)

P..., 70 ans. Aucun antécédent pathologique particulier tant au point de vue héréditaire que personnel. Excellente santé habituelle.

En mai 1934, hématurie, qui a été attribuée aux reins.

Le 8 novembre, nouvelle hématurie accompagnée de rétention complète qui nécessite un cathétérisme; la rétention ne cesse pas et le cathétérisme devient impossible, quand la miction se rétablit spontanément.

Le malade vient alors me voir. Les urines sont claires; on trouve un résidu de 250 grammes. Le toucher rectal montre une petite prostate. La pression maximum est de 16 au Gallavardin. Temps de saignement et de coagulation normaux. Urée sanguine égale à 0,32. L'endoscopie montre un lobe médian net et des ecchymoses au col sur les deux versants. Cet examen ne provoque pas d'hémorragie. Je pense pratiquer une résection prostatique et le malade rentre chez lui pour se préparer.

Le lendemain, l'hémorragie se reproduit avec nouvelle rétention. Je pratique alors de suite une cystostomie; le drainage à tube coudé de Marion arrête l'hémorragie. Je fais injecter au malade de l'anthéma, et les jours suivants du gluconate de calcium; trois jours après, dans la matinée, nouvelle hémorragie qui cède à un lavage très chaud. A midi, elle se reproduit brusquement avec abondance; le pouls est filant, la tension est tombée de 16 à 10. Je pratique alors à 2 heures une prostatectomie suivie d'un tamponnement; la vessie contenait près de 400 grammes de caillots. L'hémorragie cesse et l'état s'améliore vite; quatre jours après, j'enlève les mèches; pas d'hémorragie le jour même, léger suintement rouge le lendemain, qui s'arrête, puis recommence cinq jours après. J'établis alors l'irrigation continue, qui arrête enfin toute hémorragie.

Observation XIX.

(Tachet, Congrès français d'urologie, 1935.)

Le 20 décembre 1934, je vois, avec le Docteur Martin, M..., qui fait de la rétention d'origine prostatique. Ce malade, qui présentait de la dysurie depuis plusieurs années, a fait il y a une semaine une rétention complète au cours d'un voyage en autocar. Il est sondé avec beaucoup de difficulté. Seule une sonde montée sur mandrin pénètre dans la vessie et ramène de l'urine et du sang. Depuis ce jour, la rétention est complète.

Le malade revient à Pau et consulte le Docteur Martin, qui lui met une sonde à demeure. La sonde donne de l'urine sanglante et de petits caillots. Après huit jours de drainage, et les urines étant devenues claires, on enlève la sonde. Le soir, le malade n'ayant pas uriné, le Docteur Martin conseille l'opération et je suis appelé en consultation.

M... est un homme robuste, âgé de 70 ans. Il est en rétention complète. Une sonde de Nélaton béquillée n° 16 ne passe pas, il en est de même d'une béquille n° 18, mais cette dernière passe facilement sur mandrin. Cette sonde est laissée à demeure. La prostate est très grosse, régulière, bien limitée, souple; il s'agit d'un adénome typique et volumineux.

Pendant toute la nuit, la sonde, bouchée par des caillots, fonctionne mal. Le 21 décembre, le malade entre à ma clinique et on pense lui faire une taille le lendemain, car l'urée sanguine est de 0,34.

Le soir, la sonde fonctionne toujours mal, il y a du sang et des caillots. On met facilement une béquille n° 22 et on fait des lavages abondants à l'antipyrine. A 22 heures, la sonde se bouche, l'aspiration ne ramène rien. La vessie devient de plus en plus globuleuse. Une sonde métallique de lithotritie n'aspire rien. Le malade souffre de plus en plus. On décide de faire une taille immédiatement.

La vessie est très dilatée et fait une saillie nette malgré l'obésité du malade. A l'ouverture de la vessie, il sort, sous grosse

pression, une énorme quantité de caillots. On les enlève tous, grâce à un lavage abondant à l'eau oxygénée. L'hématurie semble arrêtée. L'exploration de la vessie ne montre rien d'anormal. On sent simplement la saillie du gros adénome. On met un drain de Marion n° 60 et on installe un goutte à goutte. La nuit est bonne. Les urines sont toujours sanglantes. On fait une piqûre sous-cutanée de 20 cm^3 de sang d'un donneur. Une injection semblable est répétée le soir. Le 23, les urines sont claires, le malade va bien. Le 24, à partir de 2 heures du matin, nouvelle hématurie qui dure environ deux heures. Les lavages parviennent à faire sortir les caillots, il y en avait environ 300 grammes. Le 25, à 8 heures, le malade est pâle, le pouls à 88, l'urine toujours un peu sanglante. On fait une piqûre d'anthéma et de coagulène. A 11 heures, le lavage est clair. A 17 heures, plus de sang; pouls à 90.

A 22 heures, sans que le malade ait fait aucun mouvement, une nouvelle hématurie se produit, très abondante, le drain est bientôt bouché malgré les lavages, la vessie se remplit de gros caillots qu'il est impossible d'aspirer. Pouls à 105, malade pâle. On décide une prostatectomie d'urgence.

On introduit une petite sonde par l'urètre, et, grâce au lavage au bock avec de l'eau oxygénée, on fait sortir environ 500 grammes de caillots par la plaie hypogastrique. La prostatectomie est très simple, il s'agit d'un adénome de 100 grammes. L'énucléation ne donne presque pas de sang. Tamponnement. Un litre de sérum sous-cutané. Le pouls, petit et rapide, se remonte très vite, et, quinze minutes après l'intervention, il est à 120, puis à 110. Le lendemain, il est à 108. Il n'y a plus de sang dans le liquide du goutte à goutte. Le malade se remet lentement. Il fait un peu de muguet. Mais, le 18 janvier, la plaie hypogastrique est fermée et le malade se lève. Il va parfaitement bien à l'heure actuelle et n'a jamais eu d'hématurie.

L'adénome prostatique est blanc, comme lavé. Il est souple, sans aucun point suspect macroscopiquement. L'urètre ne présente qu'un point de suffusion sanguine. On ne trouve sur cet adénome aucune lésion capable d'expliquer une pareille hémorragie.

Observation XX.

(Nogués, Congrès français d'urologie, 1935.)

Homme de 70 ans, justiciable d'une prostatectomie en deux temps et auquel j'avais fait, vingt jours auparavant, la cystostomie préparatoire.

Or, ce vingtième jour, il se mit à saigner, peu d'abord, puis davantage, et finalement avec une telle abondance que je lui enlevai la prostate d'urgence, ce que je n'aurais fait que dix ou quinze jours plus tard, si je n'avais eu la main forcée.

Je le tamponnai sévèrement, le sang s'arrêta immédiatement, et la guérison fut très rapide.

Observation XXI.

(Clinique de Necker. — Opéré par le Docteur Pérard, 1935.)

T... (H.), 53 ans. Entre à l'hôpital le 28 mars 1935, pour rétention aiguë d'urine survenue à la suite d'une hémorragie, ayant débuté, il y a huit jours environ, avec caillots nombreux et ayant nécessité l'opération.

Antécédents. — Il y a deux ans, le malade avait présenté des difficultés de miction avec pollakiurie d'abord nocturne, puis diurne et nocturne. Il a constaté depuis quelque temps une diminution dans la force et le calibre de son jet d'urine, mais jamais de rétention. Cette pollakiurie se présentait une fois la nuit et toutes les heures pendant le jour. Jamais d'hémorragie.

Examen. — Le toucher rectal montre un adénome prostatique assez important avec un lobe gauche plus volumineux. A son entrée à l'hôpital, le malade présentait une hémorragie telle, qu'elle a entraîné une syncope et imposé une intervention d'urgence. Une transfusion sanguine de 300 grammes a été faite.

A l'intervention, la vessie était remplie de sang et de caillots qu'on a évacués, et on a constaté un flot sanguin provenant du

col vésical et de la muqueuse de l'urètre prostatique. Pour supprimer l'hémorragie, on enlève la prostate.

Suites opératoires normales, sans incidents; le malade quitte l'hôpital, le 13 mai 1935, dans de bonnes conditions.

Observation XXII.

(Clinique de Necker : Opéré par Marion, 1935.)

B..., 68 ans. Entre à l'hôpital pour rétention aiguë complète, le 30 octobre 1935. Depuis trois ans, le malade présente de la pollakiurie diurne toutes les demi-heures environ, et nocturne cinq à six fois dans la deuxième moitié de la nuit. Quelquefois, légères brûlures à la miction. Le jet d'urine est assez fort et après la miction le malade a la sensation d'avoir eu une miction incomplète. Les urines sont légèrement troubles; elles sont devenues sanglantes depuis quelques jours.

Le toucher rectal révèle une prostate ferme, grosse, bien délimitée. Sonde à demeure.

Le 19 novembre 1935, le malade présente une hématurie importante, que rien ne peut faire cesser. Rapidement, l'état général décline, et devant l'importance de l'hémorragie on est obligé d'intervenir; craignant l'existence d'un polype ou d'une tumeur vésicale, on ouvre la vessie et on la trouve remplie de caillots qu'on évacue; on constate alors que le sang provient de l'urètre prostatique. Devant l'état d'anémie du malade, on tente de bourrer cet urètre avec des mèches, et, malgré cette manœuvre, l'hémorragie se poursuit. On se décide alors à pratiquer la prostatectomie. Aussitôt cette dernière terminée, l'hémorragie cesse.

Suites opératoires normales, le malade guérit et quitte l'hôpital dans de bonnes conditions le 19 décembre 1935.

Observation XXIII.

(Hôpital Necker : Opéré par Naggiar.)

G..., 71 ans. Entre dans le service à la suite d'une rétention complète; il a été sondé en ville, mais, par suite, ne pouvant uri-

ner spontanément, il fut obligé d'entrer à l'hôpital. On place une sonde à demeure, et, au bout de quelques jours, il urine spontanément, et il existe un résidu de 100 grammes.

Tout se passe dans de bonnes conditions, et, un matin, il présente au réveil une hémorragie continue. Les lavages, les soins habituels, ont été pratiqués en vain.

Devant cet état de chose, M. Naggiar pratique une opération : à l'ouverture de la vessie, on se trouve en présence d'une hémorragie abondante, qui remplit la vessie de caillots qu'on évacue, et on constate que le sang provient du bord droit du lobe médian de la prostate.

Il s'agissait d'une plaie superficielle qui recouvrait la partie du lobe médian intravésical.

On pratique l'ablation de la prostate. Suites opératoires normales. Le malade sort guéri.

Observation XXIV.

(Clinique de Necker : Opéré par Naggiar, 1936.)

B..., 53 ans. Entre à l'hôpital pour rétention aiguë d'urine; présente une urétrorragie assez abondante, consécutive à des essais infructueux de sondage. Au toucher rectal, on trouve un adénome prostatique; dans l'abdomen, un globe vésical dont le volume croît rapidement; on essaie de sonder le malade, mais la sonde ne passe pas.

Histoire de la maladie. — Depuis cinq ans, il se plaint de pollakiurie, surtout diurne, provoquée par la marche, avec envies impérieuses d'uriner; cette fréquence des mictions est une fois pendant la nuit depuis deux ans. Le jet est très faible et a diminué au point de vue calibre et force. Il y a deux ans, il a eu, à deux ou trois reprises différentes, de l'hématurie, qui était terminale. Il y a un an, il a eu une hématurie totale avec prédominance terminale, qui a duré deux ou trois jours.

Le 8 février 1936, il a eu une rétention complète aiguë. On a placé une sonde à demeure laissée pendant deux jours. Il y avait un écoulement de sang par l'urètre, de façon continue, avec appa-

rition de douleurs épigastriques vives, et une augmentation de volume du globe vésical.

Le malade, sur le conseil de son médecin, est amené à l'hôpital. On a de nouveau essayé à passer une sonde, mais en vain.

L'état du malade s'aggravait par la perte continue de sang, qui le mettait dans un état de faiblesse très grand.

Intervention (15 février). — A l'ouverture de la vessie, on constate que celle-ci est pleine de caillots que l'on évacue, et on note une nappe de sang continue, dont le point de départ se trouve à l'union du lobe médian et du lobe latéral gauche. A ce niveau il existe une véritable plaie perforante, qui traverse de part en part, non seulement la muqueuse, mais le tissu glandulaire. C'est une véritable fausse route causée par les sondages successifs à travers le bord supérieur de l'adénome.

On essaie de mettre une mèche au contact; celle-ci ne réussit pas à faire cesser l'hémorragie. On pratique donc une prostatectomie d'emblée.

Suites opératoires satisfaisantes, sans incident. La mèche est changée le cinquième jour, et le malade quitte l'hôpital, après six semaines, dans un état excellent.

Observation XXV.

(Naggiar, *Bulletin de la Société française d'urologie*, 6 juill. 1936.)

B... (Jules), 61 ans. Est admis d'urgence à l'Hôpital Necker, le 15 février 1936, pour une hémorragie vésicale sévère due à une fausse route. Ce malade, chez qui était survenue brusquement, huit jours auparavant, une crise de rétention complète aiguë d'urine, était depuis ce jour sondé régulièrement. Le dernier cathétérisme, pratiqué le 15 février, à 8 heures du soir, a provoqué une fausse route, qui se manifestera immédiatement par une hématurie abondante.

Nous voyons le malade à minuit; il se plaint de douleurs hypogastriques très vives, à type de coliques expulsives, et présente une grande agitation. Le facies est pâle; le pouls, encore suffisam-

ment bien frappé, bat à 120 pulsations à la minute; la température est à 37°5.

Urétrorragie légère, continue.

Le globe vésical, très volumineux et tendu, atteint l'ombilic. Malgré tous ses efforts, le malade ne peut émettre la moindre goutte d'urine. Au toucher rectal, on note un adénome de la prostate des dimensions d'un œuf de poule.

Le sondage est possible, mais la sonde est immédiatement obstruée par des caillots. On introduit alors la sonde évacuatrice métallique pour lithotritie, et l'aspiration retire quelques caillots, mais le globe vésical reste distendu, les douleurs ne cèdent pas. Nous décidons alors de pratiquer l'ouverture de la vessie.

Intervention. — Anesthésie générale. Taille vésicale. Evacuation de près de 400 grammes de sang presque pur, dont de nombreux caillots. Le lobe médian de cet adénome est volumineux et pédiculé. Au pied de ce lobe médian, le repli de la muqueuse qui le relie au lobe latéral gauche est déchiré sur une longueur de 2 centimètres, véritable plaie en gouttière, qui se prolonge sur les versants endo-vésical et endo-urétral de l'adénome. Le fond de cette plaie est constitué par du tissu glandulaire dilacéré. Il s'en écoule du sang d'une façon continue, sans jet. On tamponne cette plaie, mais le sang traverse rapidement la compresse et s'écoule à nouveau dans la vessie. Nous pratiquons alors la prostatectomie. Tamponnement de la cavité de l'adénome avec une mèche iodoformée; l'hémorragie est immédiatement arrêtée.

Suites opératoires sans incident, déméchage au cinquième jour sans nouvelle hémorragie. Le malade sort guéri trente-deux jours après l'intervention.

Observation XXVI.

(Naggiar, *Bulletin de la Société française d'urologie*, 6 juill. 1936.)

G... (Julien), 70 ans. Entre à la clinique urologique de l'Hôpital Necker, le 9 décembre 1935, pour rétention complète aiguë d'urine survenue la veille. Cet accident s'était déjà produit deux semaines auparavant et avait cédé après un sondage. Huit jours après ce

cathétérisme, apparition d'une hématurie légère à type terminal, qui se renouvelle à chaque miction, jusqu'à la nouvelle crise de rétention aiguë. Le cathétérisme, pratiqué à son entrée à l'hôpital, ramène des urines franchement rouges, mais pas de caillots; ce n'est pas l'hématurie qui a causé la nouvelle crise de rétention. La température est à 39 degrés, la langue humide, l'état général satisfaisant.

Au toucher rectal, gros adénome de la prostate, du volume d'une mandarine.

On laisse la sonde à demeure pour enrayer la fièvre et l'hématurie. Pendant une semaine, malgré la sonde à demeure, les lavages et l'administration d'hémostatiques, l'hématurie persiste et croît de jour en jour, la fièvre restant stationnaire.

Le 16 décembre, l'hématurie ayant augmenté brusquement, sur les conseils de notre maître, M. le Professeur Marion, nous intervenons pour pratiquer la cystostomie.

Intervention. — A l'ouverture de la vessie, après évacuation de nombreux caillots, nous voyons la nappe sanguine se reproduire sous nos yeux, partant du versant vésical de l'adénome à l'union du lobe médian et du lobe gauche, au niveau d'une véritable ulcération étalée de la muqueuse, des dimensions d'une pièce de cinquante centimes.

Après un tamponnement de quelques minutes, l'hémorragie se reproduit aussi abondante. La cystostomie et le méchage se révélant inopérants, nous pratiquons l'énucléation de ce volumineux adénome. Trois mèches dans la cavité prostatique. Suites opératoires très simples, ablation des mèches le cinquième jour, sans entraîner d'hémorragie; la fièvre baisse progressivement à partir du déméchage. Le malade quitte l'hôpital, guéri, le 20 janvier 1936.

Observation XXVII.

(Guérin, Penaud et H. Duvergey, *Bulletin de la Société française d'urologie*, 6 juill. 1936.)

D... (Fernand), sandalier, 58 ans, entre à l'Hôpital du Tondu, dans le service d'urologie du Professeur Duvergey, le 26 mars 1936, pour des hématuries.

Le début des troubles urinaires remonterait à janvier 1935, par des sensations de brûlure au moment de la miction, et de la pollakiurie à la fois diurne et nocturne, sans trouble dysurique à proprement parler. Les urines sont louches.

Le 10 mars 1936, pour la première fois, apparition d'une hématurie spontanée, très abondante, sans aucune douleur; elle dure deux jours, puis s'arrête spontanément pendant quatre à cinq jours. Elle reprend plus abondante; de plus, le malade expulse de nombreux caillots, rendant la miction très difficile.

Le 26 mars 1936 : homme fatigué, peau blanche, muqueuse décolorée. Il urine très difficilement; cette urine est noirâtre, avec caillots nombreux.

Il n'existe pas de rétrécissement de l'urètre; au toucher rectal, la prostate n'est pas augmentée de volume, sa consistance est ferme.

Le 26 et le 27 mars, le traitement médical antihémorragique n'a aucune action sur l'hématurie. Le même jour : cystoscopie; pendant une heure, aspiration d'une grosse quantité de caillots. Après lavage vésical avec de l'eau antipyrinée — ce qui arrête un peu l'hématurie — il nous semble voir une petite tumeur de la grosseur d'une noix, ulcérée, et saignant dans son ensemble, située au niveau de la face postérieure du col vésical. L'examen de sang pratiqué à ce moment a donné le résultat suivant : hémoglobine, 90 p. 100; hématies, 4.120.000; leucocytes, 8.680; urée sanguine, 0,60 p. 100.

Le lendemain, l'hématurie était encore plus abondante; on intervient d'urgence.

Anesthésie générale à l'éther. Large ouverture de la vessie. Evacuation de nombreux caillots noirâtres. Nous pensions trouver une tumeur de la vessie et pouvoir arrêter l'hémorragie par étincelage à ciel ouvert; mais la muqueuse vésicale est saine, et le toucher intravésical montre que nous sommes en présence d'un petit adénome prostatique du lobe médian. On enlève aussitôt et très facilement l'adénome, par précaution on fait un tamponnement de la cavité prostatique. Mise en place du tube de Freyer.

Dès l'après-midi, les urines s'éclaircissent : le troisième jour, on

retire la mèche, et, dès ce moment-là, les urines ne contiennent plus du tout de sang. Mise en place d'une sonde urétrale, qui tombe le 16 avril, soit dix-neuf jours après l'opération. Le malade urine très facilement, la plaie hypogastrique s'est refermée. Son taux d'urée sanguine est tombé à 0,30 p. 100. Huit jours après, le malade sort de l'hôpital complètement guéri.

A l'examen histologique, sur l'un des points de la préparation, il s'agit d'un adénome prostatique typique à culs-de-sac glandulaires assez éloignés les uns des autres et séparés par du tissu interstitiel hyperplasié. A côté, se trouvent des tubes plus rapprochés les uns des autres, à plusieurs assises de cellules, témoins d'une prolifération plus intense.

Il y a des végétations à l'intérieur de certains culs-de-sac glandulaires et de certaines glandes.

En certains points, il y a des zones de tissu de granulation et d'infection anciennes.

C'est une prostate chroniquement infectée qui est en état d'adénomatose. On n'a pas vu de follicules tuberculeux. Il n'y a nulle part d'image de néoplasme de la vessie, mais en certains points un état un peu anormal des culs-de-sac glandulaires, sans aller jusqu'à l'épithélioma proprement dit.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC DES HEMORRAGIES DE L'ADENOME PROSTATIQUE

L'hématurie est la présence dans l'urine de sang provenant des voies urinaires en amont de l'urètre antérieur. En dehors de l'hématurie, qui n'est qu'un des symptômes du syndrome hémorragique, toute hématurie isolée trahit l'existence d'une affection organique de l'appareil urinaire.

Aussi, dès l'identification de l'hématurie, doit-on mettre en œuvre une exploration urinaire complète pour préciser la localisation et reconnaître la cause de cette hématurie.

Il est des hématuries de cause évidente : hématuries traumatiques. L'origine et la cause de l'hématurie sont connues : dans les traumatismes rénaux (contusion rénale), vésicaux (fracture pelvienne), prostatiques (fausse route); dans les hématuries à vacuo ou après dilatation.

Mais à côté de ces hématuries, il en est d'autres dont l'origine et la cause sont toutes à rechercher. Qu'elle se manifeste par de l'urétrorragie ou par de l'hématurie, l'hémorragie de la prostate peut être facilement méconnue, comme étant d'origine prostatique.

Pour pouvoir affirmer qu'une prostate saigne, il faudra avoir vérifié que le saignement ne part d'aucun autre point de l'appareil urinaire.

Le diagnostic de l'hémorragie de la prostate sera donc positif et différentiel.

I. — *Diagnostic positif.*

Le diagnostic positif repose sur l'examen clinique du malade, l'examen des urines, l'urétroscopie et la cystoscopie.

A l'examen clinique, l'hémorragie se présente le plus fréquemment sous la forme d'une hématurie à la fois initiale et terminale, qu'on pourra constater en faisant uriner le malade dans trois verres.

Parfois, celle-ci peut se présenter sous la forme d'une hématurie strictement initiale; souvent, le saignement de la prostate peut se manifester par une hématurie d'apparence totale, mais en réalité terminale, fait constatable par la coloration plus foncée dans le dernier verre.

Quelquefois, la prostate peut saigner, non seulement au moment des mictions, mais encore en dehors des mictions; nous nous trouvons en présence alors et d'une hématurie et d'une urétrorragie.

Exceptionnellement, on a signalé l'urétrorragie comme unique forme de saignement de la prostate apparaissant le plus souvent au moment de la défécation.

Le sondage vésical est un moyen utile de diagnostic d'une hémorragie supposée prostatique. En premier lieu, il nous fera apprécier la perméabilité de l'urètre, nous permettant ainsi d'éliminer la présence d'un rétrécissement ou de tumeurs susceptibles de produire une hémorragie. Si la source du saignement est endo-urétrale, le premier jet qui s'écoule par la sonde est rouge, puis l'urine est plus claire, pour devenir à nouveau plus teintée à la fin de l'évacuation de la vessie.

Dans d'autres cas, l'œil de la sonde se trouve d'emblée bouché par un caillot ramassé au passage et qu'il devient nécessaire de déplacer à petits coups de seringue.

Si la source du saignement est intravésicale, c'est surtout à la fin du cathétérisme que le sang est plus abondant.

Quant à faire le diagnostic précis d'une hémorragie de la région vésicale de la prostate ou de la région vésicale même, la sonde est incapable de le faire; il faut alors avoir recours à d'autres moyens d'exploration.

L'examen bactériologique des urines doit être pratiqué dans tous les cas où nous supposons une hémorragie d'origine prostatique. La présence de germes pathogènes, colibacille et staphylocoque en particulier, est un élément précieux de diagnostic, étant donné l'importance de l'infection comme cause déterminante du saignement de l'adénome prostatique.

Le toucher rectal n'est qu'un moyen adjuvant de diagnostic. Il nous fera constater la présence d'une affection prostatique capable de déterminer une hémorragie et nous aidera à porter un diagnostic qui devra être nécessairement complété par les autres moyens d'exploration. Il permet de connaître le volume de la prostate, sa consistance, sa forme, ses connexions, et, par des examens successifs, de se rendre compte de l'évolution des lésions.

L'urétroscopie, avec l'appareil de Mac Carty à double courant d'eau, surtout l'urétroscopie postérieure, peut démontrer l'origine du saignement, qu'il soit provoqué par une néoformation de l'urètre postérieur ou par des lésions d'urétrite postérieure caractérisées par l'infiltration molle de la muqueuse. Elle nous fera voir si cette infiltration siège au niveau du verumontanum ou des orifices des canaux éjaculateurs.

Quelquefois on peut voir le saignement, soit limité à un petit vaisseau, soit en nappe, mais nettement visible à la région de l'urètre prostatique sans aucune lésion d'urétrite postérieure ou de néoformation.

En pareil cas, si l'on constate en même temps par le toucher rectal une affection de la prostate (adénome, tuberculose, néoplasme) avec des urines infectées, on est en droit de conclure à une hémorragie d'origine prostatique.

De tous les moyens d'examen, c'est la cystoscopie qui nous fournira les renseignements les plus précis sur l'origine des hémorragies, et c'est à juste titre que Marion insiste sur le principe de pratiquer systématiquement la cystoscopie chez tout malade qui saigne.

En tout premier lieu, la cystoscopie nous fera éliminer l'hémorragie d'origine autre que prostatique. Si l'hémorragie est localisée à la portion vésicale de la région prostatique, la cystoscopie nous permettra de voir le point qui saigne. Elle nous fera constater, ou bien que le sang sort d'un vaisseau généralement situé au niveau du col près de la muqueuse qui tapisse les lobes prostatiques, ou bien que l'hémorragie se produit en nappe.

Dans les cas où l'examen au cystoscope ne surprendra pas l'hémorragie sur le fait, il nous fera tout au moins apprécier l'état angiomateux d'une muqueuse très rouge, turgescente, parsemée de veinules très dilatées, ou encore la présence de caillots sur les différents points de cette muqueuse.

II. — *Diagnostic différentiel.*

Le diagnostic différentiel avec une hématurie d'origine traumatique par rupture de l'urètre postérieur se fait par la notion du traumatisme, la dysurie et la coexistence fréquente de fracture des os du bassin.

L'urétrorragie par fausse route sera facilement diagnostiquée par la présence du sang qui suit immédiatement la tentative d'exploration, par le défaut d'évacuation de l'urine, par l'impossibilité d'injecter du liquide par la sonde, par la douleur ressentie au moment de la fausse route.

Dans les cas où l'urétrorragie serait déterminée par des lésions inflammatoires de l'urètre postérieur ou par des néoformations, le diagnostic différentiel ne pourra être établi que par l'urétroscopie.

Le diagnostic entre l'hémorragie prostatique et l'hématurie d'origine rénale peut se faire par l'examen des urines, par le lavage vésical et, en dernier lieu, par la cystoscopie. L'hématurie rénale est toujours d'apparence totale. D'autre part, le lavage de la vessie éclaircira rapidement le liquide s'il s'agit d'une hématurie rénale. En plus, la cystoscopie pourra déterminer de quel orifice urétéral le sang sort.

Dans le cas d'hématurie vésicale, c'est la cystoscopie qui fera préciser l'origine du saignement. On pourra donc se rendre compte si le saignement est déterminé par un polype, par un calcul, par des lésions de cystite, ou si l'hémorragie est nettement limitée à la région vésicale de la prostate.

Une fois l'origine prostatique déterminée par ces différents moyens, il faut rechercher la nature de l'affection prostatique qui saigne.

Dans la tuberculose de la prostate, les hématuries se présentent au commencement de la maladie sous la forme de petites hémorragies qui surviennent au début et surtout à la fin de la miction, donc initiales et surtout terminales. Ce sont de petites hémorragies comparables aux petites hémoptysies du début de la tuberculose pulmonaire, étant dues à la congestion.

A la période d'état, les hématuries sont dues soit à la congestion, soit à des ulcérations. L'intensité de ces hématuries varie. Elles ne menacent la vie du malade que lorsque l'ulcération atteint un vaisseau dans une caverne prostatique. Les urétrorragies, dans la tuberculose de la prostate, ont été signalées mais elles sont exceptionnelles. Dans la plupart des cas, l'hémorragie se présente sous la forme d'une hématurie.

Les hématuries de la période terminale de la tuberculose prostatique sont plus rares, mais elles sont plus graves, étant très abondantes et mettant la vie du malade en danger. Ce sont des hématuries d'apparence totale avec caillots qui anémient profondément le malade et nécessitent parfois une intervention d'urgence.

Le néoplasme de la prostate fait saigner exceptionnellement dans la période de début : le saignement survient alors sans cause appréciable, le jour ou la nuit, sans douleur, sans être modifié par le repos. L'hémorragie peut durer de quelques mictions à quelques jours. En général, elle ne dure pas longtemps, mais elle est intermittente, se renouvelant à des intervalles plus ou moins éloignés. Cependant, Carlier aurait

vu une hématurie par cancer de la prostate se prolonger pendant deux mois sans rémission.

L'hématurie est parfois initiale, mais elle est le plus souvent terminale. Cette hématurie, comme signe de début du néoplasme de la prostate, n'est pas admise par tous les urologues. Ainsi, Legueu la considère comme un signe commun du néoplasme prostatique, insistant sur le fait qu'elle est initiale, légère, capricieuse, intermittente. Mansell-Moulin croit également que l'hémorragie est le caractère le plus important du cancer prostatique. D'après Aglave (*Encyclopédie française d'urologie*), le cancer de la prostate est une cause de saignement dans un tiers des cas. D'après Pauchet, l'hématurie survient dans 10 p. 100 des cas. Marion la croit exceptionnelle dans la période de début. D'après Bazy, ce néoplasme ne saigne que lorsqu'il a envahi la vessie. D'après Proust et Viau, le sarcome de la prostate ne saigne pas.

Plus importantes sont les hémorragies de la période d'invasion du cancer prostatique; elles sont plus abondantes, continues, et d'une durée parfois très longue. Elles indiquent une propagation vésicale du cancer prostatique. Plus rarement, ce sont de véritables urétrorragies dues à l'ulcération de l'urètre par invasion du néo prostatique.

Le toucher rectal démontrera soit la présence de noyaux durs, soit une prostate irrégulière, mal limitée, de consistance ligneuse. Le diagnostic sera toujours confirmé par la cystoscopie, qui, très souvent, fera voir l'envahissement de la vessie par le processus néoplasique. Dans le cas où la forme et la consistance des noyaux éveilleraient le doute sur la nature de l'affection, selon qu'il s'agisse de néoplasme ou de prostatite chronique, le traitement d'épreuve tranchera la question. Il ne faut pas oublier la concomitance d'un adénome qui saigne et d'un néo de la vessie qui saigne aussi.

Dans la syphilis, on aura soit une hématurie terminale (Divoris, Rush), soit une hématurie d'apparence totale, intermittente, irrégulière (Le Fur).

CHAPITRE V

TRAITEMENT DES HEMORRAGIES GRAVES DE L'ADENOME PROSTATIQUE

Se rappelant la pathogénie des hémorragies prostatiques, il faut éviter toutes les causes qui peuvent provoquer une congestion des organes du bassin et déterminer une rétention d'urine.

Il faut également prévenir l'infection des urines, puisqu'elle peut, comme nous l'avons vu, provoquer l'hémorragie prostatique.

Pour ne pas créer de fausse route, le sondage doit être pratiqué avec beaucoup de douceur. Il est nécessaire de diminuer, autant que possible, les contacts et de ne les faire qu'en bonne place. A ce point de vue, le mandrin évite les contacts inutiles, les limite à la surface voulue et rend facile le cathétérisme.

Les lavages de vessie ne sont indiqués que lorsque les urines sont infectées.

Nous croyons qu'en présence d'une hémorragie nettement prostatique, avec des urines troubles, si l'hémorragie n'est pas inquiétante, il faudrait commencer par faire des lavages de vessie avec une solution au 1 p. 4.000 d'oxycyanure de mercure, jusqu'à ce que les urines soient devenues aseptiques et jusqu'à la cessation des accidents hémorragiques. Mais si nous nous trouvons en présence d'un prostatique en période de grande hémorragie, le traitement pourra passer par quatre temps :

— sonde à demeure;
— aspiration des caillots, lavage de la vessie, hémostatiques;
— cystostomie;
— prostatectomie d'urgence.

S'il s'agit d'une hémorragie à la suite d'un sondage, il faut essayer de placer une sonde à demeure, soit une sonde béquille à coudure Béniqué, soit une sonde béquille montée sur mandrin (Marion). On réussit presque toujours, avec de la patience, à passer la sonde, qui sera laissée en place pendant huit jours.

Dans le cas d'hémorragie spontanée, il faut aussi commencer par mettre une sonde à demeure et faire ensuite l'aspiration des caillots.

L'aspiration des caillots est nécessaire pour permettre de reconnaître si l'hémorragie est actuelle ou si elle est entretenue par des caillots. Elle est également nécessaire pour empêcher l'infection toujours redoutable de ces caillots.

Pour les aspirer, il faut employer une grosse sonde et une seringue assez forte, prenant soin de ne pas augmenter la distension de la vessie en introduisant plus de liquide qu'on en laisse sortir. Après que l'hémorragie s'est arrêtée, il faut laisser la sonde à demeure pendant quelques jours et faire des lavages de la vessie après enlèvement de la sonde, jusqu'à ce que les urines soient devenues amicrobiennes.

Mais si l'hémorragie continue avec une telle abondance que l'intervention soit nécessaire, il faut recourir soit à la cystostomie et au tamponnement de la prostate, complétant l'opération plus tard par l'enlèvement de la prostate quand l'état des reins le permettra, soit à la prostatectomie d'urgence si l'état général le permet.

Prostatectomie d'urgence.

Tous les chirurgiens, après Freyer en Angleterre et Marion en France, ont adopté la voie transvésicale de préférence à la voie périnéale. On pratiquera soit une anesthésie générale, soit une anesthésie rachidienne.

Instrumentation courante avec, en plus : une pince de Museux et une pince en cœur; un gros tube de Freyer, modifié par Marion avec sa rallonge; une sonde urétérale n° 40;

une seringue pour injections vésicales; un embout d'Ertzbischoff.

Le premier temps de l'opération comprend la ligature des canaux déférents.

Puis, dans un deuxième temps, on remplit la vessie au maximum avec une solution antiseptique quelconque, de telle sorte qu'elle vienne bomber à l'hypogastre. On procédera alors à l'incision de la paroi abdominale suivie de l'ouverture de la vessie. Puis, après exploration de la vessie, on pratiquera l'énucléation de l'adénome péri-urétéral, énucléation qui s'effectue en quatre temps :

— pénétration dans l'espace décollable;
— décollement de l'adénome;
— rupture de l'urètre immédiatement au-dessous de la masse décollable;
— extraction de l'adénome hors de la cavité vésicale.

La masse étant énucléée, il faut vérifier s'il n'est pas resté un fragment de l'adénome dans la cavité, lequel pourrait ultérieurement provoquer une reproduction de l'adénome prostatique.

Le tamponnement de la cavité laissée par l'énucléation de la masse est un temps capital, car il diminue le saignement au point de le supprimer tout à fait.

Un gros drain vésical est mis en place. Un pansement épais entoure et couvre la plaie et le drain. Les soins postopératoires sont des plus importants pour le succès définitif de l'opération.

Pendant les trois premiers jours, on fait, matin et soir, un lavage par la petite sonde accolée au drain.

Le quatrième jour, on retire le drain, puis les mèches.

Au troisième jour, les malades se lèvent et commencent à marcher. Vers le quatorzième jour, s'ils ne commencent pas à uriner seuls, on met une sonde à demeure.

Les malades seront alimentés le plus tôt possible (deuxième ou troisième jour); on veille soigneusement au fonctionnement de leur intestin.

CHAPITRE VI

INDICATIONS — CONTRE-INDICATIONS — PRONOSTIC

Les indications de la prostatectomie d'urgence sont les grandes hémorragies que rien ne fait cesser, ni la sonde à demeure, ni même la cystostomie.

Les conditions d'urgence sont évidentes, car il ne peut plus être question de réserver son temps pour prendre des précautions; il faut agir, et rapidement, sinon le malade meurt.

C'est bien l'urgence vraie.

Cependant, chaque fois qu'un malade présente un teint terreux, le pouls rapide, la température au-dessus de 37 degrés, une langue sèche, de l'œdème pulmonaire, il faut pratiquer une cystostomie temporaire. Le jour où le sujet sera bien remonté, où les urines seront claires, la langue humide et l'appétit revenu, on pourra pratiquer l'extirpation de la prostate. Donc, chez les distendus prostatiques déprimés, quand il existe des troubles digestifs ou quand il existe de l'infection, quand, en un mot, la prostatectomie paraît devoir être fatale au sujet, on pratique d'abord une taille hypogastrique et on ne fait l'extirpation de la prostate que le jour où le malade est assez résistant.

Dans l'adénome simple de la prostate, si le pronostic est subordonné à la précocité des soins chirurgicaux, il reste néanmoins bénin. La mortalité opératoire est faible et les suites sont, en général, excellentes. Le pronostic est meilleur si la prostatectomie est effectuée d'emblée, sans cystostomie préalable.

Mais si l'intervention ne suit pas de près l'hémorragie, le pronostic devient alors plus sérieux. Il est en rapport avec l'abondance de l'hémorragie, qui peut déterminer l'affaiblissement considérable et l'anémie du malade.

Sa répétition pourra mettre la vie du prostatique en danger.

CONCLUSIONS

I. — Les hémorragies de l'adénome prostatique sont très fréquentes, et cela à toutes les périodes de son évolution; parfois de petits adénomes ont nécessité une prostatectomie d'urgence.

II. — Parmi les facteurs prédisposants de l'hémorragie, l'infection des urines et le sondage occupent une place importante. Cependant il est des hématuries spontanées sans cause apparente.

La prostate saigne par la muqueuse qui la recouvre, muqueuse vésicale ou muqueuse de l'urètre prostatique. Les hémorragies interstitielles sont très rares. L'hématurie initiale et terminale est le caractère pathognomonique de l'hémorragie prostatique.

III. — Le diagnostic repose sur l'examen clinique du malade, l'examen des urines, l'urétroscopie postérieure et surtout la cystoscopie.

IV. — En présence d'une hémorragie abondante, il faut commencer par mettre une sonde à demeure et évacuer les caillots. Si l'hémorragie continue, il faut recourir à la cystostomie et même à la prostatectomie d'urgence :

a) L'hématurie peut à elle seule créer une indication opératoire au cours de l'évolution de l'adénome prostatique;

b) Parfois, mais pas toujours, le premier temps opératoire : la cystostomie, jugule l'hématurie;

c) Si l'hématurie persiste, il faut hâter le deuxième temps : la prostatectomie, si le degré azotémique et l'état général le permettent;

d) En présence d'une hématurie abondante, inquiétante, avec un état général suffisamment résistant, il est plus sûr de faire la prostatectomie en un temps.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et, s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession honoré à jamais parmi les hommes; si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

J. DUVERGEY.

VU : *Le Doyen,*

PIERRE MAURIAC.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 30 octobre 1936.

Le Recteur de l'Académie,

Pour le Recteur :

Le Vice-Président du Conseil de l'Université,

CHAINE.

BIBLIOGRAPHIE

Adenot. — Rétention aiguë avec hématurie grave. *Arch. provinc. de chir. de Lyon*, t. XI, p. 65, 2 févr. 1902.

Adler (G.-M.). — A propos des hémorragies mortelles de la prostate chez les prostatiques. *Berliner Klinische Wochenschrift*, 1892, p. 542.

Albaran. — Affections des voies urinaires : les hématuries prostatiques. Leçons recueillies par le Docteur Lanfer, *Médecine moderne*, Paris, 1904, n° 13, p. 97.

Alclave. — Hémorragie et saignement de la prostate. *Ann. des mal. des organes génito-urinaires*, 1900.

André. — Indications de la prostatectomie. *C. R. IX^e Congrès d'urologie*, 1905, p. 443.

Aumont. — Cystostomie pour rétention après une sévère hématurie d'origine prostatique. *Bull. Soc. nat. de chir.*, t. 55, p. 1243, 30 nov. 1929.

Azma. — Les grandes hémorragies chez les prostatiques. *Thèse* Paris, 1936.

Bartoux. — La prostatectomie d'urgence. Thèse Montpellier, 1913.

Bazy. — Hématurie d'origine prostatique. *Presse médicale*, 11 sept. 1897, p. 149.

Blanchot. — *C. R. Congrès français d'urologie*, 1936, p. 893.

Caporal (L.). — Pallone emostitico per emoragio delle prostata. *Bull. e Mem. Soc. Piemontaise e di Chir.*, 3, 899, 1933.

Casariego. — Type de l'hémorragie de l'hypertrophie de la prostate. *Rev. de méd. et de chir. de la Havane*, t. 32, p. 1, janv. 1927.

Cathelin. — Valeur comparée des prostatectomies. *C. R. X^e Congrès français d'urologie*, 1906, p. 432.

Chevassu. — Prostatectomie d'urgence. *C. R. Congrès français d'urologie*, 1912, p. 422.

Chevassu. — Le danger d'hémorragie après la prostatectomie sus-pubienne et les moyens de la combattre. *Paris médical*, LIII, 1924, p. 102.

Christian (E.). — Les hémorragies après la prostatectomie hypogastrique. *Revue d'urologie*, févr. 1934.

Couchet. — Séméiologie des hématuries. *Vie médicale*, Paris, 1924, p. 643.

Dax. — Le traitement des hémorragies au cours de la prostatectomie par les injections intraveineuses de citrate de soude. *Soc. méd. de chir. de Bordeaux*, 22 juill. 1927.

De Berne et Lagarde. — Indications et contre-indications de la prostatectomie. *L'Hôpital*, t. 18, p. 326, mai 1930.

Desnos. — Indications de la prostatectomie. *Journ. de méd. de Paris*, 1911, t. 23, p. 531.

— Prostatectomie transvésicale d'urgence. *C. R. Congrès d'urologie*, 1912, p. 446.

Dos Santos. — As indicacoes da prostatectomia. *Médecine contemporaine de Lisbonne*, 1914, t. XXXII, p. 235.

Duvergey et Dax. — Les grandes hématuries des rétrécis. *Bull. de Soc. franç. d'urologie*, Paris, 1924, p. 146.

Escat. — Hémorragies d'origine prostatique (discussion). *C. R. XV^e Congrès français d'urologie*, 1911, p. 744.

— La prostatectomie d'urgence. *C. R. Congrès français d'urologie*, 1908, p. 435.

— Les hématuries rénales chez les prostatiques. Thèse Paris, 1897, et *C. R. IV^e Congrès français d'urologie*, 1899, p. 135.

— Indications et valeur thérapeutique des prostatectomies. *C. R. Congrès français d'urologie*, 1904, p. 9.

Ferulano. — Ematuria grave da ipertrofia della prostata. *Gaz. Med. Napolet.*, 1921, t. IV, p. 301.

Gayet. — Des hémorragies spontanées au cours de l'hypertrophie prostatique. *C. R. XXIX^e Congrès d'urologie*, 1929, p. 334.

Guérin, Penaud, Duvergey (H.). — La prostatectomie d'urgence dans les hématuries graves. *Soc. franç. d'urologie*, 6 juill. 1936.

GUYON. — Hémorragies et saignements de la prostate. *Ann. des mal. des organes génito-urinaires*, 1900, p. 449.

LEGUEU, GARCIN et DECOURT. — Le traitement préventif des hémorragies prostatiques par l'hypercoagulabilité provoquée du sang. *Soc. franç. d'urologie*, Paris, 1924, t. III, p. 104, et *Journ. d'urol. chir. et méd. de Paris*, 1924, p. 421.

LEGUEU. — Indications de la prostatectomie. *Rev. gén. de clinique et de thérapeutique*, t. 44, p. 513.

— Prostatectomie transvésicale d'urgence. *C. R. Congrès français d'urologie*, 1908, p. 445.

— Traité d'urologie.

LOUMEAU. — Hématurie vésicale chez un prostatique. *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 13 mai 1910, n° 32, p. 379.

MAGNI. — La prostatectomie puo essere operazione d'urgenza ? *Bull. de la Soc. de méd. de Bologne*, 1914, t. II, p. 142.

MALHERBE et LEGUEU. — Des hématuries essentielles. *C. R. IV^e Congrès français d'urologie*, 1899, p. 7.

MALLEBAY. — Les hypertrophies de la prostate qui saignent. Thèse Paris, 1921.

MARION. — Prostatectomie d'urgence pour hémorragie à la suite d'un sondage. *Encyclopédie française d'urologie*, 1933, p. 148.

— Traité d'urologie.

MAURAT. — Contribution à l'étude de la prostatectomie transvésicale. Prostatectomie d'emblée et prostatectomie en deux temps. Thèse Paris, 1909.

MICHON. — *C. R. X^e Congrès français d'urologie*, 1911, p. 745.

— Hypertrophie de la prostate et prostatectomie. *Journ. de méd. et de chir. pratiques*, 1925, p. 102.

— Indications de la prostatectomie. *Paris médical*, t. II, p. 316, 15 oct. 1932.

MINET. — Des hémorragies spontanées au cours de l'hypertrophie de la prostate. *C. R. Congrès français d'urologie* (discussion), 1929, p. 347.

MOTZ et SUAREZ. — Des hémorragies spontanées de la prostate. *Ann. des mal. des organes génito-urinaires*, 1904, p. 481.

Naggiar. — Deux cas d'hémorragie grave d'origine prostatique traités par la prostatectomie d'urgence. *Société française d'urologie*, 6 juill. 1936.

Noguès. — Taille et prostatectomie d'urgence pour hématurie (discussion). *C. R. Congrès français d'urologie*, 1935, p. 891.

— Etiologie des hémorragies de la prostate. *Journ. d'urologie*, juill. 1933, p. 23.

— La prostatectomie d'urgence (discussion). *C. R. XXIV^e Congrès français d'urologie*, 1924, p. 285.

Pallet. — L'hématurie. *Journ. de méd. et chir. pratiques*, 1908.

Papin (E.). — Les indications opératoires et la pratique de la prostatectomie, 1924.

Pasteau. — Les hémorragies d'origine prostatique. *C. R. Congrès français d'urologie*, 1911, p. 737.

— Idem. *C. R. IV^e Congrès français d'urologie*, 1899, p. 135.

— La prostatectomie d'urgence. *C. R. XXIV^e Congrès français d'urologie*, 1924, p. 278.

— Indications de la prostatectomie. *Journal médical français*, t. 16, p. 3, janv. 1927.

— Prostatectomies différées et prostatectomies d'urgence. *Paris médical*, 1925, p. 124.

— Hématurie d'origine prostatique. *Presse médicale*, 1897, p. 149.

Perrin. — Indications chirurgicales des hématuries dans l'hypertrophie prostatique. *Lyon médical*, 14 févr. 1932, t. 149, p. 200.

Petit (J.). — Prostatectomie d'urgence. *La Normandie médicale*, n° 12, déc. 1927, p. 350.

Phellip. — Prostatectomie d'urgence dans les hémorragies de l'hypertrophie prostatique. *Lyon médical*, 17 févr. 1935, t. 155, p. 198.

Reynaud. — Les hématuries chez les prostatiques, indépendantes de la prostate. *C. R. XXVII^e Congrès français d'urologie*, 1928, p. 368.

Segurola. — Prostatectomy in incontrolable hemorragie. *Ann. de cir.*, 2, 251, juin 1930.

Segurola-Albardi. — Traitement de las grandes hemorragias per hipertrofia de la prostate. *Cron. Med. Quir. de la Habana*, 59, p. 441, nov. 1933.

Sordina. — Indications de la prostatectomie. *Rev. génér. de clinique et de thérapeutique*, t. 44, p. 209, mars 1930.

Tachot (A.). — Hémorragies graves et répétées chez un prostatique ayant nécessité une taille d'urgence, puis une prostatectomie d'urgence. *C. R. XXXV^e Congrès de l'Association française d'urologie*, Paris, 7-12 oct. 1935, p. 888, suite et fin. In *Presse médicale*, 9 nov. 1935.

Viannay. — Hémorragie grave chez un prostatique. Association française d'urologie, 1922, XXII^e Congrès.

Vintici et Laroche. — Rapports de l'hémorragie et de l'hypertrophie. *Journal d'urologie*, t. 28, p. 140, août 1929.

19849. — Bordeaux, Imprimerie Centrale Delmas, 6, place Saint-Christoly. — 1936.